Le Numéro : 10 CENTIMES — N° 58 — 18 Juillet 1896 — 7 FRANCS par An.

LA

# PRESSE MÉDICALE

Paraissant le Mercredi et le Samedi

ABONNEMENTS :
et Départements. . . . . 7 fr.
ger. . . . . 10 fr.
bonnements partent du commencement de chaque mois.

ADMINISTRATION
RGES CARRÉ, ÉDITEUR
3, RUE RACINE, Paris

DIRECTION SCIENTIFIQUE
F. BRUN, Professeur agrégé, Chirurgien de l'hôp. des Enfants.
L. LANDOUZY, Professeur de thérapeutique, Médecin de l'hôpital Laënnec, Membre de l'Acad. de médecine.
H. ROGER, Professeur agrégé, Méd. de l'hôpital d'Aubervilliers
E. BONNAIRE, Professeur agrégé, Accoucheur des hôpitaux.
M. LETULLE, Professeur agrégé, Médecin de l'hôpital Saint-Antoine
L. OLIVIER, Docteur ès sciences.
DE LAVARENNE, Médecin des Eaux de Luchon.
M LERMOYEZ, Médecin de l'hôpital Saint-Antoine.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à
M. LE Dr DE LAVARENNE
SECRÉTAIRE-GÉNÉRAL

Les communications verbales sont reçues les lundi et vendredi
*De 4 à 6 heures*
3, RUE RACINE, Paris

## SOMMAIRE

S DE LA CAVITÉ DE RETZIUS PAR APNDICITE, par F. Brun . . . . . 341

### ANALYSES

**trique et Gynécologie** : De l'emploi de l'acide onique à l'état naissant dans le traitement de la iorrhagie chez la femme, par M. Piéry. — Injec- intra-cervicales de glycérine comme moyen de oquer rapidement l'accouchement, par M. R. Koss- . — Des métrorrhagies des jeunes filles justiciables curettage intra-utérin, par M. Laroyenne. — Si- et symptômes de la grossesse commençante, par . Vinay. — Du placenta et des anastomoses vas- res du placenta dans la grossesse gemellaire univi- e par M. S. Gostschalk . . . . . 342
**ties des enfants** : Traitement des rhagades et oryza sec chez les nourrissons, par M. L. Furst . . 343
**ologie et Psychiatrie** : Un cas d'hémiatrophie langue, par M. A. Ferrée Witmer. — Forme fa- le d'idiotie avec amaurose, par M. B. Sachs. . . . 343
**almologie** : Sur les cellules géantes des corps geers intraoculaires, par M. A. Wagenmann. — Sur ratite parenchymateuse. Étude clinique, par M. E. ppel. . . . . 344
**ologie, Otologie, Laryngologie** : Traitement ulcérations tuberculeuses du larynx par l'iodol, par ajek. . . . . 344
**apeutique et Matière médicale** : Traitement érysipèle par la vaseline, par M. H. Koester. — tement des crises gastriques des tabétiques, par M. stankow . . . . . 344

### SOCIÉTÉS SAVANTES

**té de chirurgie** : Résection du ganglion de Gas- M. Gérard-Marchant. M. Quénu. — Ostéotomie fracture de jambe vicieusement consolidée, M. wartz. — Nouveau procédé de gastro-entérostomie, téro-entérostomie, de cholécysto-entérostomie, sans erture des cavités intestinales, M. Picqué. M. Reclus. ur un nouveau procédé de sutures intestinales ; su- s par cautérisation, M. Chaput. MM. Routier, Rey- . — Torsion du cordon spermatique, M. Legueu. — la compression dans les névrites traumatiques, Delorme. M. Terrier. — Cholécystectomie, M. Gé- o-Marchant . . . . . CCLXXXIX
**té médicale des hôpitaux** : Sur quelques mo- ations de la méthode du tubage dans le croup, M. estre. M. Variot. — Note sur deux cas d'abcès du tropicaux, M. Rendu. — Fistule œsophago-pulmo- e compliquant un carcinome de l'œsophage, M. L. liard. — Angine à streptocoque avec éruption scar- liforme, M. Béclère. — Angine à streptocoque, M. guenheim . . . . . CCXC
**té anatomique** : Fibrome utérin, M. Pilliet. Tumeur du cerveau, M. Faitout. — Fibro-myome in télangiectasique. Gigantisme annexiel, M. Mer- . — Hématome du médiastin, M. Kuss . . . . . CCXC
**té française de Dermatologie et de Syphiraphie** : Cas probable de xérodermie pigmentaire ; oglobinurie, MM. Grancher et Feulard. MM. Barbe, nier, Brocq, Besnier. — Stigmates de syphilis héréire : altérations dentaires remarquables, M. Feulard. . Besnier, Feulard, Fournier, Besnier, Fournier. Syphilome tertiaire hérédo-syphilitique chez une en- . M. Feulard, MM. Barbe, Feulard, Fournier, icher. — Lichen scrofulosorum, M. Feulard, MM. Gastou, Besnier, Hallopeau, Besnier, Barthélemy, Hallopeau. — Contagion hospitalière de la syphilis, M. Georges Brouardel. MM. Fournier, Leredde, Fournier, Besnier. — Glossite syphilitique développée malgré le traitement par les injections de calomel, M. Georges Brouardel. MM. Fournier, Barthélemy, Jullien, Fournier, Besnier. — Sur la nature de la dermatite herpétiforme, à propos d'un cas de cette affection, MM. E. Gaucher et H. Claude. MM. Hallopeau, Gaucher, Barthélemy, Gaucher, Leredde, Gaucher. Leredde. — Ulcération tuberculeuse de la lèvre, M. Daulos. — Cicatrices commissurales dans une syphilis héréditaire, M. Danlos. — Un cas de laryngite tertiaire grave traité par les injections de calomel, M. Mendel. — Syphilis médullaire, M. Fournier. M. Abadie. — Chancres indurés multiples, M. Canuet. M. Gaucher. — Myélite syphylitique, M. Du Castel. — Pityriasis rubra pilaire, M. Du Castel. — Lèpre autochtone chez un breton, MM. Long et Valency. — Mycosis fongoïde avec localisation initiale, éruption polymorphe et végétations axillaires et inguinales, MM. H. Hallopeau et G. Bureau. — Sur un cas typique de lichen scrofulosorum, sa nature et ses relations avec l'eczéma séborrhéique, MM. Hallopeau et G. Bureau . . . . . CCXCI
**Société médico-chirurgicale** : Note sur un cas de fièvre bilieuse hémoglobinurique, chez un soldat revenant de Madagascar, M. E. Bloch. . . . . CCXCII
**Société française d'électrothérapie** : Influence de la franklinisation sur la menstruation, M. Doumer. — Ozone et coqueluche, MM. Labbé et Oudin. — Action thérapeutique des courants à haute fréquence, M. d'Arsonval . . . . . CCXCIII

### FORMULAIRE PRATIQUE

Etat fébrile. — Cachets laxatifs. — Contre le prurit vulvaire. — Antisepsie buccale . . . . . CCXCIII

### BIBLIOGRAPHIE

Clinique des maladies du système nerveux, par M. Raymond . . . . . CCXCIII
Maladies des voies urinaires. Séméiologie, par M. P. Bazy. — Précis élémentaire de dermatologie. Maladies en particulier, par M. L. Brocq. — Le gonocoque, par M. Marcel Sée. — Eléments d'ophtalmologie journalière, par MM. Puech et Fromageot. — L'ergotisme, par M. Edward Ehlers. — Des angines couenneuses non diphtériques. Considérations sur la pathogénie, le diagnostic et le traitement, par M. Dufaud. — Les nouvelles théories de la criminalité. . . . . CCXCIII
Bibliographie . . . . . CCXCIII

## HOPITAUX

**Concours des Hôpitaux (2e Chirurgie)**. — La séance qui devait avoir lieu hier soir, à l'Hôtel-Dieu, a été remise.

**Concours du clinicat médical**. — Sont nommés :
Hotel-Dieu : *Chef de clinique*, M. Charrier; *chef de clinique adjoint*, M. Renon.
Saint-Antoine : *Chef de clinique*, M. Tissier; *chef de clinique adjoint*, M. Thiercelin.
Saint-Louis : *Chef de clinique*, M. Gastou; *chef de clinique adjoint*, M. Emery.
Enfants-Malades : *Chef de clinique*, M. J. Renault; *chef de clinique adjoint* : M. Zuber.

## NOUVELLES

**Congrès français de médecine (Nancy), 1896.** — *Jeudi 6 Août*: 10 heures, séance d'ouverture à la salle Victor Poirel; 2 heures, séance générale à l'Institut anatomique de la Faculté de Médecine. — *De l'application des sérums sanguins au traitement des maladies*. Rapporteurs: MM. Roger et Haushalter; discussion; communications diverses sur le même sujet. — 9 heures, réception à l'Hôtel de Ville par la Municipalité.

*Vendredi 7 Août*: 8 heures du matin, visite des hôpitaux; 10 heures, communications diverses; 2 heures, séance générale à l'Institut anatomique. — *Coagulations sanguines intra-vasculaires*. Rapporteurs: MM. Mayet et Vaquez; discussions; communications diverses sur le même sujet.

*Samedi 8 Août*: 9 heures du matin, communications diverses; 2 heures, séance générale. — *Pronostic des albuminuries*. Rapporteurs: MM. Arnozan et Talamon; discussion; communications diverses sur le même sujet.

*Dimanche 9 Août*: excursion à Contrexéville et Vittel. Train spécial, déjeuner et dîner offerts gracieusement aux membres du Congrès par les Compagnie des Eaux.

*Lundi 10 Août*: 9 heures, communications diverses; 2 heures, communications diverses.

*Mardi 11 Août*: 9 heures, séance générale; choix de la ville où se réunira le 4e congrès; élection du bureau pour la prochaine session; questions diverses.

Excursion à Plombières. Train spécial et banquet gracieusement offert aux membres du Congrès par la Compagnie des Thermes.

**IIIe Congrès international de dermatologie et de syphiligraphie, tenu à Londres.** — *Ordre des réceptions* : La réception des membres du Congrès aura lieu le lundi 3 août, à l'Examination Hall, *Victoria Embankment*, de midi à six heures, pour la distribution des cartes de membres et des programmes divers.

Le soir même, réception des membres étrangers par les membres anglais du Congrès à l'International Hall, *Café Monico, Piccadilly-Circus*, de neuf heures à minuit.

Le mardi 4, à onze heures du matin. — Séance d'ouverture.

Le mercredi 5. — Réception le soir chez le Lord Maire, *Mansion House*, de 9 à 11 heures.

Le vendredi 7. — Banquet offert aux membres étrangers à l'Hotel Cecil.

N. B. — Il est recommandé d'arriver à Londres de préférence le dimanche 2 Août, le lundi 3 étant un jour de fête nationale.

*Présentations de malades* : Un grand nombre de cas cliniques ont été réunis pour être présentés entre les séances de discussions. Voici l'ordre de ces présentations :

Mercredi 5 Août, à 9 heures. — Cas de lichen plan, Lichen acuminé, Pityriasis rubra pilaire, Lichen simplex chronique (de Vidal), etc. Prurigo. Kératose pilaire et diverses kératoses. Angiokératome. Ichthyose.

A 2 heures. — Tumeurs de la peau. Hydrocystome. Adénome. Angiome. Fibrome. Xanthome. Carcinome. Rodens ulcus. Xeroderma pigmentosum. Sarcome cutané. Mycosis fongoïde.

Jeudi 6 août, à 9 heures. — Tuberculose cutanée (types divers). Erythème induré des scrofuleux. Acné. Lichen scrofulosorum.

A 2 heures. — Maladies parasitaires d'origine végétale observées en Angleterre.

Vendredi 7 Août, à 9 heures. — Purpura. Urticaire pigmentaire. Dermatite herpétiforme. Pemphigus. Pemphigus végétant. Hydroa estival et autres variétés.

A 2 heures. — Cas de syphilis.

Samedi 8 Août, à 9 heures. — Maladies de la peau en

INSTITUT BACTÉRIOLOGIQUE DE LA
IÉTÉ CHIMIQUE DES USINES DU RHONE
anc[t] GILLIARD, P. MONNET & CARTIER, Lyon

SEULE CONCESSIONNAIRE
ES BREVETS ET DES PROCÉDÉS TRILLAT
POUR LA DÉSINFECTION A DOMICILE
L'ALDÉHYDE FORMIQUE ET LE FORMOCHLOROL
Pour licences en France et à l'Étranger
resser à l'administration, 8, quai de Retz, Lyon

OUR LA DÉSINFECTION A PARIS ET LA RÉGION
A SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE DÉSINFECTION A DOMICILE
Direction et Bureaux : 21, rue Godot-de-Mauroi, Paris.

VICHY-CÉLESTINS

POUGUES St-LÉGER Souverain antidote des maladies de l'estomac.

HAMAMELINE-ROYA : *Tonique vasculaire.*

LA RÉVEILLE Véritable eau de régime des faibles et des convalescents.

SPARADRAPS ANTISEPTIQUES DEBUCHY

HAMAMELIDINE LOGEAIS

Phospho-Glyco-*Glycérophosphate de fer et Manganèse* FER CHEYNET

ELIXIR IODO-TANNIQUE NALINE

Glycérophosphate de chaux Freyssinge

rapport avec des troubles du système nerveux. Syringomyélie. Sclérodermie. Lèpre, etc.

Nous rappelons en outre qu'il y aura une exposition permanente de moulages, photographies et dessins relatifs aux maladies de la peau, ainsi qu'un choix très grand et varié de préparations histologiques et de cultures au moyen desquelles seront faites des démonstrations et des projections.

Comme on le voit, les organisateurs du Congrès n'ont rien négligé pour qu'à côté de la partie théorique il y ait de véritables leçons de choses.

Les personnes qui désireraient envoyer des préparations, des cultures ou des reproductions, sont priées de vouloir bien en informer le comité le plus tôt possible.

Les docteurs en médecine français qui désirent prendre part au Congrès et ne se sont pas encore fait inscrire, sont priés d'envoyer leur adhésion et leur souscription (25 francs), sans retard, à M. le Dr Feulard, qui se chargera de les transmettre au comité d'organisation.

**Société d'Hypnologie et de Psychologie (séance annuelle).** — La séance annuelle de la Société d'Hypnologie et de Psychologie aura lieu le lundi 20 Juillet 1896, à quatre heures, au Palais des Sociétés savantes, 28, rue Serpente.

*Banquet.* — Après la séance annuelle, un banquet aura lieu à sept heures, comme les années précédentes, au restaurant Mignon, 110, boulevard St-Germain. Prix du banquet : 10 francs (Envoyer les adhésions au secrétaire général).

*Communications.* — M. Dumontpallier : Neurasthénie anxieuse, traitée avec succès par la suggestion. — M. Auguste Voisin : Hémi-anesthésie sensitivo-sensorielle. Troubles vaso-moteurs. Lypémanie, etc. Influence curative de la suggestion hypnotique. — M. Le Menant des Chesnais : Faits de sommeil provoqué à l'insu des sujets. — M. P. Valentin : Trois cas de neurasthénie grave. Psychothérapie. Guérison. — M. Caustier : Psychologie comparée : Perversions psychiques de l'instinct de reproduction chez les oiseaux. — M. Bérillon : Les narcotiques et les anesthésiques, envisagés comme adjuvants à la production de l'hypnose et de la suggestion thérapeutique. — M. Lagelouse : Psychopathie urinaire. — MM. Babinski et Rueda : Associations hystéro-organiques. — M. Gelineau : Spermatophobie. — M. Schmeltz (de Nice) : Psychothérapie par le transfert. — M. Bourdon (de Méru) : Application de pédagogie suggestive : somnambulisme diurne et troubles du caractère. — M. Varinard : L'écriture des enfants étudiée dans ses rapports avec le développement de la sensibilité. — MM. Bérillon et Verdin : Action régulatrice du sommeil sur les mouvements cardiaques. (Tracés sphygmographiques). — M. Barbadault : Thérapeutique psycho-mécanique. — M. Henri Lemesle : Les aliénés criminels en Italie. — M. Wolf : Suggestions post-hypnotiques, etc., etc.

**Société de chirurgie.** — *Ordre du jour de la séance du 23 Juillet 1896* : 1° Discussion sur le traitement du cancer du rectum, par M. Quénu ; 2° Une observation de pied-bot, par M. Rochard. Rapport par M. Kirmisson ; 3° *Communication* : Traitement des kystes séreux congénitaux du cou, par M. Verchère.

**Société médico-chirurgicale de Paris.** — La Société se réunira lundi prochain, 20 Juillet, à 4 heures précises, au siège ordinaire de ses séances, palais des Sociétés savantes, rue Serpente, 28.

*Ordre du jour* : 1° Lecture du procès-verbal et de la correspondance ; 2° M. V. Poulet (de Plancher-les-Mines). Nouveau cas de broncho-pneumonie d'une exceptionnelle gravité, traité avec succès par la pilocarpine à haute dose ; 3° M. Dauchez. Entéroclyse dans les diarrhées chroniques infectieuses de l'enfance non-tuberculeuses.

# SOCIÉTÉS SAVANTES

## SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

15 Juillet 1896.

**Résection du ganglion de Gasser.** — **M. Gérard-Marchant.** J'ai pratiqué deux fois la résection du nerf maxillaire supérieur et l'extirpation du ganglion, suivant le procédé de M. Quénu. L'un de mes malades a parfaitement guéri et la guérison se maintient depuis deux ans. L'autre, qui souffrait de douleurs excessives, revenant à chaque minute, au moindre mouvement (son interrogatoire seul a duré une heure et quart, chaque parole déterminant un accès douloureux), n'a retiré aucun bénéfice de l'intervention. Chez lui, j'ai observé deux incidents post-opératoires particuliers : d'abord, un accès de coma survenu au bout de deux jours, et ayant duré vingt-six heures, puis des phénomènes trophiques oculaires (flaccidité de l'œil, ulcération de la cornée), qui ont d'ailleurs spontanément disparu. Actuellement, le malade continue à souffrir ; en outre, il est gêné par une sorte de contracture de la mâchoire, due à la rétraction provoquée sans doute par la plaie faite au muscle temporal.

Relativement à l'extirpation du ganglion de Gasser, je voudrais faire remarquer que la littérature médicale française ne renferme aucune observation probante à cet égard. On voit des cas publiés avec des dessins irréprochables ; mais le moindre examen histologique du ganglion enlevé serait beaucoup plus probant. Pour ma part, j'ai conservé longtemps le ganglion de Gasser, que j'avais extirpé chez mon premier malade, qui a guéri ; puis, pour me faire une conviction plus nette, je l'ai remis à M. Gombault, dont nous connaissons tous l'extrême compétence. Avec sa patience habituelle, M. Gombault le coupa dans tous les sens, et finit par me dire qu'il n'avait pas trouvé la moindre parcelle de tissu nerveux dans mon ganglion.

Je conclus, qu'avant d'affirmer l'extirpation du ganglion de Gasser, il faut pratiquer un examen histologique de ce que l'on a enlevé, si l'on veut convaincre tout le monde de la réalité de l'opération.

**M. Quénu.** J'applaudis aux conclusions de M. Gérard-Marchant. Je ne veux faire observer qu'une seule chose : c'est que la rétraction post-opératoire dont il parle, me paraît tenir à un mode d'atrophie. Je l'ai observée chez un de mes malades qui, d'ailleurs, préfère son état actuel à l'antérieur, car, tout au moins, il ne souffre plus.

**Ostéotomie pour fracture de jambe vicieusement consolidée.** — **M. Schwartz.** M. Rochard nous a présenté, il y a deux mois, un cas d'ostéotomie pour fracture de jambe vicieusement consolidée. Il s'agit d'un homme de cinquante ans, qui eut, il y a sept ans, une fracture de jambe au tiers inférieur, compliquée de plaie. La consolidation fut lente ; en outre, il y eut une déformation angulaire de la jambe, si bien que la station debout resta très pénible.

Six jours plus tard, le cal devint douloureux, la flexion et la rotation du segment inférieur augmentèrent et le malade devint impotent. La jambe était raccourcie, offrait un énorme cal, et le fragment supérieur, avançant sur l'inférieur, rappelait la comparaison de la marche d'escalier. Il existait, en outre, quelques légers mouvements au niveau de la fracture.

Dans ces conditions, M. Rochard pratiqua l'ostéotomie le 2 Novembre 1895. Il sectionna d'abord le tibia au centre duquel était une cavité fongueuse qu'il cureta. La réduction n'étant pas possible, il sectionna alors le péroné ; on put alors réduire le membre et l'immobiliser dans un appareil plâtré. Pas de sutures ni de drainage. La consolidation ne fut complète qu'en Mai 1896. Actuellement, la jambe est en excellent état.

Dans cette observation, le point clinique intéressant est l'apparition de phénomènes douloureux et l'augmentation de la déviation de la jambe, après six années de *statu quo*. Il s'est agi sans doute d'ostéite latente, due à l'infection primitive de la fracture, qui s'est brusquement réveillée.

Au point de vue opératoire, M. Rochard insiste sur l'utilité de l'ostéotomie du péroné d'emblée. Je ne puis que l'approuver, et j'ai toujours eu recours à cette manœuvre dans les cas du même genre que j'ai eu à traiter.

**Nouveau procédé de gastro-entérostomie, d'entéro-entérostomie, de cholécysto-entérostomie, sans ouverture des cavités intestinales.** — **M. Picqué** présente des pièces et des dessins de ce nouveau procédé, dû à M. **Souligoux** (seront publiés *in extenso* dans le prochain numéro).

**M. Reclus.** Je suis très partisan du procédé de M. Souligoux, qui est venu l'exécuter une fois dans mon service, et je reste convaincu de sa supériorité, bien que ma malade ait succombé. Il s'agissait d'une femme de cinquante ans, atteinte de cancer du pylore, en état de cachexie complète qui, depuis dix-huit jours, n'avait rien pu garder dans son estomac. L'opération fut faite en vingt minutes. Les suites immédiates furent excellentes ; le troisième jour, il y a eu une selle, indice de la réalité de la communication. Malheureusement la mort survint le sixième jour. L'autopsie démontra l'absence de péritonite et l'existence d'une parotidite suppurée.

La bouche stomaco-intestinale existait ; en un point, le lambeau sphacélé tenait à son pourtour par un mince pédicule : il y avait eu là un petit défaut de technique, facile à éviter désormais. Le lambeau se serait d'ailleurs facilement éliminé.

Ma malade a succombé à son extrême cachexie.

**Sur un nouveau procédé de sutures intestinales ; sutures par cautérisation.** — **M. Chaput.** La découverte de M. Souligoux est très importante ; c'est plus qu'un procédé, c'est toute une méthode qu'il a créée, dont les avantages sont immenses et les applications très étendues.

Les opérations, sans ouverture de la muqueuse, évitent la souillure du péritoine, celle des intruments, des doigts, des éponges, et surtout des fils, puisqu'on ne fait plus que des sutures séro-séreuses. Comme la chute de l'escharre ne survient qu'au bout de plusieurs heures, les adhérences sont déjà formées et solides, les phagocytes sollicités par l'irritation des fils séro-séreux sont accourus en grand nombre et peuvent triompher facilement des bacilles qui s'aventureraient sur les territoires qu'ils occupent.

Non seulement la bénignité de l'opération est plus grande, mais encore l'opération se trouve considérablement raccourcie et simplifiée.

Je suis entré dans la voie féconde ouverte par M. Souligoux, et j'ai apporté plusieurs modifications assez importantes à sa technique.

J'ai donc fait des opérations sans ouverture de la muqueuse, mais j'ai supprimé l'écrasement de M. Souligoux pour le remplacer par le fer rouge et par l'ablation de la tunique musculaire de l'estomac dans les opérations sur cet organe.

J'exécute l'entéro-anastomose de la manière suivante : Je fais chauffer au rouge sombre, sur un réchaud à gaz, une pince à longs mors, et, avec cette pince, je saisis une bande du bord convexe de l'intestin, large de 5 à 6 millimètres et longue de 5 à 6 centimètres ; je tiens ma pince parallèle au grand axe de l'organe. La cautérisation qui en résulte est profonde et la mortification assurée. Je répète la même manœuvre sur l'autre anse. J'exécute ensuite une rangée de sutures séro-séreuses à points séparés, espacés tous les centimètres, situés au-delà des limites de l'escharre. L'opération est terminée, elle a duré moins de dix minutes.

Pour pratiquer la suture circulaire par cautérisation, je lie en masse chaque bout, j'excise aux ciseaux le champignon exubérant, et, avec une pince portée au rouge, je saisis chaque bout perpendiculairement au grand axe de l'organe ; je place ma pince à quelques millimètres en deçà de la ligature en masse.

Je place ensuite des points de suture séro-séreux au-delà des limites des deux escharres.

J'exécute la gastro-entérostomie d'une manière un peu différente. L'intestin grêle est traité comme s'il s'agissait d'une entéro-anastomose. Pour ce qui est de l'estomac, je trace, avec l'extrême pointe du bistouri, une incision elliptique, longue de 5 à 6 centimètres, large de 1 cent. 1/2, ne comprenant que les tuniques séreuse et musculeuse ; il est facile de ne pas inciser la muqueuse ; en effet, tant qu'on est en tissu dur, on est encore dans la musculeuse ; la résistance cesse-t-elle, on est déjà dans la celluleuse et il faut se hâter d'en sortir. J'enlève rapidement le lambeau musculaire elliptique. On voit alors la face externe de la muqueuse stomacale, recouverte de la celluleuse. Je cautérise toute la surface exposée de la muqueuse, avec le thermo-cautère, et je termine par une rangée de sutures séro-séreuses très espacées.

J'ai fait, jusqu'à présent, sept expériences de ce genre avec sept guérisons.

J'estime que l'avenir de ces opérations, sans ouverture de la muqueuse, est très grand. Par leur bénignité, leur facilité, leur rapidité, elles sont appelées à détrôner toutes les autres opérations, y compris les boutons, plus perfectionnés, au moins dans la plupart des cas. Je ferai cependant une réserve : les anciens procédés et les boutons resteront indiqués toutes les fois qu'il faudra rétablir immédiatement le cours des matières intestinales, comme par exemple, dans les cas d'occlusion ou de gangrène herniaire. En pareille circonstance, on ne peut différer le rétablissement du cours des matières, si l'on fait une anastomose ou une suture circulaire, on ne peut recourir aux procédés, sans ouverture de la muqueuse, qui ne fournissent un orifice béant qu'après vingt-quatre ou trente-six heures.

En résumé, les procédés sans ouverture de la muqueuse sont indiqués toutes les fois qu'il n'y a pas rétention stercorale. En cas contraire, on aura recours aux procédés de suture ou aux boutons anastomotiques bien connus.

**M. Routier.** *A priori*, je ferai quelques objections à la méthode de M. Souligoux. Le lambeau sphacélé que M. Reclus a trouvé à l'autopsie de son opéré a pu être contribué à la septicémie qui a causé la mort, et je me demande si ce sphacèle intestinal, même limité, ne peut devenir une chance d'insuccès chez les malades ordinairement très affaiblis, que nous opérons.

Ensuite, cette méthode ne peut être applicable à tous les cas. Récemment, chez un malade très cachexié, j'ai fait une gastro-entérostomie pour un cancer du pylore. Mais ici l'estomac était tellement distendu par du liquide que j'ai dû tout d'abord faire un trou à l'estomac, évacuer 3 litres d'un liquide infect. Après, j'ai fait la gastro-entérostomie et mon malade a guéri.

**M. Reynier.** J'admets parfaitement le procédé de M. Souligoux pour la gastro-entérostomie et l'entéro-entérostomie latérale ; mais, quand il s'agit d'unir deux segments intestinaux bout à bout, comme vient de le dire M. Chaput, je crois le procédé défectueux : en effet, l'eschare ne se détache guère qu'au bout de quarante-huit heures, et il me paraît imprudent d'attendre si longtemps que la circulation intestinale se rétablisse.

**Torsion du cordon spermatique.** — **M. Legue.** La torsion du cordon spermatique est une complication rare de l'ectopie testiculaire. J'en ai observé un cas très net : un enfant de treize ans, porteur d'un testicule en ectopie inguinale, vit une fois la tumeur devenir brusquement plus grosse, plus sensible et irréductible, en même temps que se développait les symptômes généraux de la hernie étranglée. A l'incision, je trouvai le testicule à l'anneau : le cordon était libre, mais il était tordu une fois et demi sur lui-même. Dès que le liquide qui distendait la vaginale, fut évacué, le testicule se déroula presque de lui-même et reprit sa situation normale. L'épididyme était fortement congestionné ainsi que toute la partie du cordon située au delà du point de torsion. Je fis la cure radicale de la hernie congénitale coexistante, le testicule fut fixé dans les bourses, et l'enfant guérit sans incident.

**De la compression dans les névrites traumatiques.** — **M. Delorme** montre un malade auquel on a déjà pratiqué l'amputation de l'avant bras pour des accidents névritiques d'origine traumatique, et auquel on avait proposé soit la désarticulation de l'épaule, soit la section des racines rachidiennes. Il a obtenu la guérison complète en huit séances de compression, dont la première a été faite sous chloroforme. La compression doit être faite au point le plus douloureux, avec le pouce ou l'index, et en déployant le maximum de forces.

**M. Terrier** rappelle, à ce propos, l'opinion de Charcot qui pensait que ces malades, atteints d'accidents doulou-

ntenses, à la suite d'une plaie, même légère, sont, tout, des nerveux. Les médications les plus variées ssent dans un certain nombre de cas, tandis que, autres, tout échoue.

**olécystectomie. — M. Gérard-Marchant** montre alade à laquelle il a pratiqué une cholécystectomie calculs biliaires.

F. Jayle.

## SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

17 Juillet 1896

**quelques modifications de la méthode du ge dans le croup. — M. Sevestre.** La communi- faite dans l'avant-dernière séance par M. Variot rait soulever quelques objections. Ces objections portent à deux points : 1° moyen de diminuer le e laryngé; 2° modification du tubage, désigné sous n de dilatation de la glotte et d'écouvillonnage du

le premier point, je suis complètement d'accord M. Variot, pour admettre l'utilité du moyen propre e cesser le spasme qui cause les accès de suffoca- mais j'avoue que je serais beaucoup plus réservé i relativement à l'emploi de la codéine; je n'ose- firmer que la codéine sera toujours bien supportée, crois que, dans une maladie aussi déprimante que htérie, il faut éviter, avant tout, les préparations es, même la codéine.

r mon compte, je préfère l'antipyrine, qui a, en cas, une action très manifeste et a le grand avan- e s'éliminer très vite; mais surtout je recommande veloppements froids, qui, très souvent, arrêtent cès de suffocation.

nt aux procédés que préconise M. Variot, sous le de *dilatation de la glotte* et d'*écouvillonnage du* x, je ne puis partager l'enthousiasme que notre col- professe à leur égard et surtout je crois qu'il faut ster contre l'emploi systématique de ces procédés. difficultés du tubage sont nombreuses, la plus le peut-être résulte de l'existence d'un spasme pro- ; si l'obstacle est franchi lorsque le tube, placé le larynx, permet à la respiration de se rétablir, on lus qu'une crainte, c'est de voir l'enfant expulser e.

si de parti pris on l'enlève souvent, les mêmes dif- és sont à surmonter de nouveau. Pourquoi donc s laisser le tube en place au moins pendant vingt- e ou quarante-huit heures, c'est-à-dire pendant la de de début où le spasme est surtout fréquent?

même, l'écouvillonnage ne me paraît pas devoir être en méthode systématique. Lorsque l'introduction be refoule les fausses membranes et rend la respi- plus gênée, il faut s'empresser de retirer le tube uvent on observe alors une expulsion de fausses- branes, et l'on constate que le malade reste assez gé pour pouvoir se passer de tube. Ce fait est cer- mais dire d'avance que, systématiquement, on va duire un tube pour écouvillonner le larynx et retirer e pour ne pas le remettre, me paraît d'une pratique u hasardée.

. Variot et Bayeux disent d'ailleurs que l'écou- nage ne doit pas être pratiqué plus de trois ou e fois et que, s'il devient impuissant, il faut laisser be à demeure ou pratiquer la trachéotomie. Avec éserves, je ne vois pas bien en quoi consiste l'écou- nage systématique du larynx.

près M. Variot, la dilatation temporaire et l'écou- nage permettraient d'éviter les inconvénients graves ube laissé en place dans le larynx.

s inconvénients seraient les suivants : obstruction ube par les mucosités purulentes, ou par les mem- es, les troubles de la déglutition, les ulcérations de gion antérieure du cricoïde ou de la région des énoïdes. Ces accidents sont très rares.

versement, je me demande si les tubages et détu- s successifs n'auraient pas quelques inconvénients. eurs enfants, qui ont subi ces manœuvres, ont pré- quelques jours après des broncho-pneumonies qui istaient pas à l'entrée. Ne pourrait-on pas dire que infections secondaires ont été favorisées par les ventions répétées sur le larynx? C'est un point sur el l'attention doit être éveillée.

. Variot. L'argumentation de M. Sevestre porte sur points distincts : sur l'emploi de la codéine et sur uvillonnage.

codéine n'a pas autant d'inconvénients que M. Se- re le croit. L'obstacle à vaincre est essentiellement stitué par un spasme, il y a donc hyperexcitabilité reuse, et c'est cette hyperexcitabilité qu'il faut calmer. uis porté à supposer que nous trouverons une subs- e médicamenteuse qui remplira cette indication; r le moment, je donne la préférence à la codéine.

uant à la dilatation de la glotte, il faut s'entendre. La tation brusque doit être rejetée. La dilatation pro- ssive est seule en question. Quand l'enfant est vigou- x, qu'il n'est pas affaissé par une asphyxie prolongée, risque-t-on à enlever le tube au bout de quelques utes, quand le spasme est passé, quitte à le remettre e spasme revient. J'ajoute que, dans ces cas, il faut ervir de tubes volumineux, se moulant exactement le larynx: en agissant ainsi, et en prenant des tubes de plus en plus gros, on fait une dilatation lente, progressive, qui ne peut avoir les inconvénients de la dilatation brusque.

Quant aux inconvénients du tube à demeure, ils sont fréquents, quoi qu'en dise M. Sevestre. Je fais toutes les autopsies des malades qui meurent dans mon service, et je puis dire que, dans un tiers des cas, les enfants qui ont conservé le tube plus de quarante-huit heures présentent des ulcérations en coup d'ongle sur la muqueuse recouvrant le cricoïde. De plus, on observe en clinique le fait suivant : les enfants tubés pendant deux ou trois jours sont aphones après le détubage ; n'existe-t-il pas dans ces cas des fluxions de la muqueuse, fluxions siégeant probablement autour des ulcérations que les autopsies nous montrent exister. Lorsque tout se calme, lorsque les ulcérations guérissent, pourquoi ne pas admettre la possibilité d'un rétrécissement cicatriciel ; et ce fait n'est pas hypothétique, j'en observe un à l'heure actuelle.

Puisque le séjour du tube n'est pas sans inconvénient, il faut donc tâcher de diminuer la durée de ce séjour.

L'écouvillonnage est également indiqué, il est même de nécessité, dans certains cas, quand on refoule les membranes avec la canule, il faut retirer le tube, souvent même il faut faire la trachéotomie, mais auparavant essayez de remettre le tube ; faites-le cracher pour ainsi dire, et, avec lui, sortira un moule membraneux dont l'émission soulagera le malade ; vous faites ainsi un écouvillonnage de nécessité. Pourquoi ne pas essayer de faire cet écouvillonnage de parti-pris, sans y être forcé? L'opération du tubage est en somme assez simple, le détubage l'est encore plus.

Mais je tiens à dire que je n'ai pas voulu proposer de système, j'ai voulu simplement modifier le tubage, indiquer la possibilité de faire une dilatation progressive de la glotte, en s'aidant, pour lutter contre le spasme, de l'action déprimante de la codéine.

**Note sur deux cas d'abcès du foie tropicaux. — M. Rendu.** J'ai observé récemment dans mon service deux cas d'abcès de foie tropicaux qui me paraissent offrir de l'intérêt, tant au point de vue de la symptomatologie que de l'étiologie.

Anatomiquement, ce sont deux exemples typiques de cette variété d'abcès du foie qu'on a décrite sous le nom d'abcès tropical : une poche unique, volumineuse et anfractueuse, renfermant une énorme quantité de pus, laissant intact le parenchyme hépatique circonvoisin. Cette circonstance éminemment favorable a permis d'obtenir une guérison rapide et définitive, une fois la poche purulente ouverte et drainée.

Cliniquement, ces deux abcès se sont comportés d'une façon presque similaire. Tous deux se sont développés lentement, sans éveiller jamais aucune réaction fébrile violente.

Chez le premier malade, elle datait au moins de quatre mois ; chez le second, les troubles intestinaux remontaient à trois mois.

Cette apyrexie des grands abcès tropicaux n'est pas un fait exceptionnel ; on en connaît plusieurs exemples. Il est permis de se demander si ces formes apyrétiques ne répondent pas aux cas où le pus est stérile. Cependant, ce raisonnement n'est peut-être pas juste : car si le pus est stérile, cela ne veut pas dire qu'il ait été primitivement amicrobien, mais bien qu'il est devenu infertile par la mort des microorganismes et par sa longue persistance au sein du parenchyme hépatique.

Tous les vieux abcès du foie sont stériles et pourtant on y a souvent signalé la présence de microorganismes visibles sous le microscope, mais qui ont perdu leur vitalité et leur virulence. Ce caractère n'est donc pas, en réalité, une explication du fait clinique et de l'apyrexie très remarquable que présentent certaines suppurations hépatiques.

Ce qui ressort de ces faits, c'est que l'absence de fièvre ne doit pas être considérée comme un symptôme décisif pour éliminer l'hypothèse d'un abcès tropical. Il faut y songer toutes les fois que l'on se trouve en présence de malades qui, à une certaine époque de leur existence, ont habité les pays chauds. C'est là une donnée étiologique de la plus grande valeur.

Mon premier malade a vécu trois ans au Tonkin, il a eu la fièvre intermittente et la dysenterie. Très vraisemblablement, c'est là qu'il a pris le germe de l'hépatite qui l'a amené dans nos salles, neuf ans plus tard.

Cette longue incubation constitue le point le plus intéressant de l'histoire de ce malade, car elle met bien en relief la vitalité du germe septique déposé dans le foie et la reviviscence de ce germe, sous l'influence de causes secondaires qui agissent sur la glande hépatique. Ces causes furent des excès alcooliques, qui devinrent l'occasion d'accidents de congestion hépatique. Cette congestion hépatique survint seulement deux ans après son retour du Tonkin ; puis, santé parfaite pendant six ans, sauf quelques douleurs vagues épigastriques sous l'influence du moindre écart de régime. Ces crises douloureuses étaient bien certainement l'indice du travail inflammatoire qui se préparait, ou mieux, qui se continuait sourdement du côté du foie.

Un refroidissement, contracté dans un bain de rivière, réveilla brusquement l'état aigu. Ce fait rappelle ce qui se produit chez les anciens paludéens, dont les accès fébriles reparaissent presque toujours à l'occasion de refroidissements, souvent longtemps après l'extinction apparente de la maladie primitive.

Le second malade n'est pas moins intéressant à étudier. L'interprétation pathogénique est plus obscure. Nous n'avons pas affaire à un ancien alcoolique, nous ne trouvons dans les antécédents aucune diarrhée ni dysenterie. La seule circonstance suspecte dans le passé de cet homme a été un séjour de sept ans en Algérie et un habitat ultérieur de quinze mois en Cochinchine, il y a quinze ans,

Cela suffit-il pour expliquer l'origine de l'abcès tropical, et sommes-nous autorisés à dire que le germe d'une hépatite suppurative a pu rester latent de 1881 à 1896, sans avoir déterminé aucun accident initial ni aucun trouble fonctionnel avant cette dernière date?

Le malade a eu une diarrhée en Janvier dernier, persistant jusqu'au mois d'Avril. Est-ce cette entérite primitive la seule cause de l'hépatite secondaire? Cette explication serait plausible si nous voyions l'entérite produire dans nos climats des méfaits de ce genre. Quand, à la suite d'une appendicite ou d'une ulcération du gros intestin, il se fait des abcès hépatiques par le mécanisme de la lymphangite et de la phlébite septique, ils n'offrent ni cliniquement ni anatomiquement les réactions de celui de mon malade. Presque toujours, ils sont multiples et se traduisent par des frissons et des accès de fièvre qui rappellent le tableau de l'infection purulente.

Il est tout à fait insolite, en pareil cas, de voir un abcès unique, volumineux, anfractueux se produire sans processus fébrile et rester latent jusqu'au moment de l'opération.

Au contraire, les abcès tropicaux évoluent avec des allures insidieuses, et sans éveiller de réaction fébrile. De plus, les faits n'ont pas toujours confirmé la fameuse doctrine étiologique : pas d'abcès hépatique sans dysenterie prémonitoire. Nombreux sont les exemples d'abcès du foie, survenus chez des sujets indemnes de dysenterie, et n'ayant présenté aucun trouble instestinal antérieur.

Je suis donc tenté de croire qu'il s'agit d'un fait analogue, chez mon second malade.

Et je ne veux tirer qu'une conclusion, de mes deux observations, c'est que les abcès tropicaux peuvent évoluer avec une singulière lenteur, et très longtemps après le départ des germes pathogènes, au sein du parenchyme hépatique. Il y a donc lieu de tenir grand compte du séjour des malades dans les pays chauds, quand il s'agit de diagnostiquer une affection du foie douteuse, et de ne pas éliminer l'hypothèse d'une hépatite suppurée, même si la fièvre est absente et si les renseignements étiologiques sont nuls au point de vue des antécédents dysentériques.

**Fistule œsophago-pulmonaire compliquant un carcinome de l'œsophage. — L. Galliard.** Un homme de cinquante-huit ans, qui n'est pas syphilitique et dont les antécédents n'offrent rien de spécial, souffre depuis quatre mois de dysphagie ; il ne peut avaler que des liquides, il a des régurgitations et son repas est fréquemment interrompu par des quintes de toux suivies d'*expectoration alimentaire*. Il crache du lait finement aéré. Ce symptôme permet d'établir l'existence d'une fistule qui conduit les liquides de l'œsopage dans les petites ramifications bronchiques. Après six semaines de séjour à l'hôpital Tenon, le malade, qui a refusé la gastrostomie proposée, à une syncope mortelle. Je trouve l'estomac rempli par un énorme caillot sanguin ; cancer de la petite courbure et du cardia ; cancer de l'extrémité inférieure de l'œsophage. Au fond d'une petite cavité creusée dans la paroi antérieure de l'œsophage, on découvre l'entrée d'un trajet fistuleux aboutissant à la portion postéro-inférieure du poumon droit, qui présente une série de petits abcès, mais pas d'infiltration cancéreuse.

**Angine à streptocoques avec éruption scarlatiniforme. — M. Béclère.** Dans la dernière séance, M. Florand décrivait une épidémie d'angines à streptocoques avec éruption, et s'appuyait sur l'absence de la desquamation pour éliminer le diagnostic de scarlatine. Ce fait ne me paraît pas suffisant. Je viens, en effet, d'observer une petite épidémie familiale de scarlatine typique ; parmi les malades se trouvait un enfant ayant souffert d'une angine blanche à streptocoques, accompagnée d'éruption scarlatiniforme, et cependant, chez lui, la desquamation fit défaut ; il s'agissait, cependant, d'une véritable scarlatine, la contagion le démontrait. L'absence de desquamation ne suffit donc pas pour éliminer le diagnostic de scarlatine.

**Angine à streptocoques. — M. Gouguenheim** relate l'observation d'un malade, atteint primitivement d'une angine à streptocoques. L'infection se généralisa et le malade mourut de complications pulmonaires et cardiaques.

E. de Massary.

## SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

17 Juillet 1896.

**Fibrome utérin. — M. Pilliet** montre un gros fibromyome utérin enlevé par laparotomie par M. Tillaux. L'examen histologique fit découvrir en différents points de la dégénérescence colloïde. En examinant le ligament rond, M. Pilliet le trouva très épaissi ; cet épaississement

était dû à des gros faisceaux de fibres musculaires lisses. On y trouva, en outre, des tubes à épithélium cylindrique qui sont des vestiges de l'organe de Rosenmüller. Enfin la trompe présentait à sa surface externe un très grand nombre de petits kystes à épithélium pavimenteux lamellaire.

**Tumeur du cerveau.** — **M. Faitout** rapporte l'observation d'un homme de cinquante-six ans, pris quinze jours avant son entrée à l'hôpital, de phénomènes de ramollissement cérébral, consistant surtout en phénomène d'aphasie; il n'y avait pas de troubles moteurs. Pendant son séjour dans le service, il eut un ictus avec convulsions suivi d'hémiplégie. Le coma survint rapidement et occasionna la mort.

A l'autopsie, on trouva un gros kyste hydatique du cerveau, autour duquel s'était fait un foyer de ramollissement.

**Fibro-myome utérin télangiectasique. Gigantisme annexiel.** — **M. Mermet** présente un énorme fibrome utérin sous-péritonéal, du poids de 8 kilog. 700, enlevé par M. Schwartz, à une femme de cinquante ans.

Il s'agit d'une malade cachectique, artério-scléreuse, dont le ventre a progressivement augmenté de volume depuis douze ans. Cette femme a toujours eu des règles abondantes, mais pas de métrorrhagies véritables; quelques accidents de compression intestinale. On note un développement considérable du ventre (106 centimètres de circonférence au niveau de l'ombilic) et une déformation bizarre de celui-ci avec une tumeur abdominale (ventre en besace). Vu de profil, l'abdomen est pendulum et a une forme quadrilatère; vu de face, on constate qu'il existe deux tumeurs lisses, arrondies, pseudo-fluctuantes qui paraissent indépendantes et remplissent toute la cavité abdominale, logées l'une dans la région sus-ombilicale, l'autre dans la région sous-ombilicale et le petit bassin.

A la laparotomie, on trouva une seule tumeur nettement bilobée, dirigée obliquement dans l'abdomen, son grand axe oblique en haut, en avant et à gauche. C'était un fibrome utérin sous-péritonéal du volume de deux têtes d'adulte, relié à l'utérus par un large pédicule des dimensions d'une paume de main et inséré au niveau de la paroi postérieure. A la coupe, cette tumeur est nettement encapsulée; elle offre une consistance mollasse, une coloration brun-rougeâtre, un aspect caverneux; la coupe est criblée d'orifices vasculaires du volume d'une tête d'épingle à celui du petit doigt, remplis de sang, séparés par des bandes de tissu de coloration blanc-grisâtre. La cavité utérine a 23 centimètres de longueur.

Les trompes sont énormément distendues par un liquide séreux; elles sont contournées et irrégulières; leur longueur atteint 20 centimètres; leurs orifices sont oblitérés. Les ovaires présentent un développement analogue; ils ont 10 centimètres de long, sont durs et scléreux. Cette hypertrophie porte également sur les ligaments ronds et larges; la base de ce dernier est, à gauche, le siège d'un énorme varicocèle dont la coupe, lors de l'opération, présentait l'aspect du parenchyme rénal.

**Hématome du médiastin.** — **M. Kuss** communique l'observation d'un individu qui fut pris subitement de troubles divers : dysphagie, souffle cardiaque systolique et battements énergiques du cœur, coïncidant avec un pouls petit, filiforme. On avait émis l'hypothèse d'une myocardite scléreuse hypertrophique. La mort survint rapidement.

A l'autopsie, on trouve un double anévrysme de l'aorte thoracique; une des poches s'était rompue et le sang avait fusé dans le médiastin postérieur, refoulant devant lui le cœur. La lésion artérielle était localisée à la portion thoracique de l'aorte, et, à l'examen microscopique d'une portion de l'aorte, on trouve un foyer nodulaire gommeux, sans dégénérescence centrale, pouvant faire songer à la syphilis. Le malade n'a pas été interrogé à ce sujet.

R. Marie.

## SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE

9 Juillet 1896.

**Cas probable de xérodermie pigmentaire; hémoglobinurie.** — **MM. Gaucher** et **Feulard**. Il s'agit d'un enfant atteint d'hémoglobinurie, présenté par M. Gaucher. Il semble présenter du xéroderma pigmentosum.

Cet enfant est âgé de quatorze ans; le début de sa maladie remonte à l'âge de trois ans, et siège surtout sur les parties découvertes. Les lésions débutent par des bulles qui disparaissent et laissent des pigmentations. Il existe, en outre, des télangectasies, des ulcérations, des pustules et des rétractions de la peau au niveau des parties sous-jacentes.

Sur les mains, ces lésions sont très accentuées. On a pensé à la lèpre. S'agit-il d'une autre maladie, et, en particulier du xéroderma, car en beaucoup de points, le malade offre l'aspect du xéroderma.

**M. Barbe.** N'est-ce pas de la sclérodactylie?

**M. Besnier.** Ce cas est difficile et compliqué. Il existe des lèpres atypiques qui donnent des lésions analogues.

**M. Brocq.** J'ai examiné rapidement le malade, je n'ai rien trouvé de précis. On peut penser, il est vrai, à la sclérodactylie.

J'ai de la difficulté à admettre la possibilité de xéroderma; il manque beaucoup de signes pour affirmer ce diagnostic.

**M. Besnier.** Je crois, qu'en effet, il est impossible d'établir un diagnostic ferme, sans étudier matériellement le malade, c'est-à-dire chercher dans la série des lésions lépreuses, et, d'autre part, faire une enquête familiale régionale.

**Stigmates de syphilis héréditaire; altérations dentaires remarquables.** — **M. Feulard.** Le premier cas est relatif à un enfant de douze ans qui présente des altérations dentaires, des taies cornéennes, et dont l'hérédité syphilitique est des plus nettes.

**M. Besnier.** Quelle étiquette M. Feulard met-il sur ces dents?

**M. Feulard.** Il s'agit, sans aucun doute, de dents d'Hutchinson.

**M. Fournier.** Je profite de cette présentation pour dire que Hutchinson ne reconnaît pas d'autres dents hérédo-syphilitiques que les incisives médianes supérieures.

**M. Besnier.** J'ai eu occasion de présenter à Hutchinson 12 enfants présentant des lésions dentaires que nous appelons dents d'Hutchinson. Hutchinson ne les a pas acceptés. Il n'admet comme dent hérédo-syphilitique que les deux incisives médianes supérieures avec les caractères suivants : 1° encoche semi-lunaire; 2° forme de tournevis, convergence vers la ligne médiane.

Pour ce qui est des autres malformations dentaires, peut-être dérivent-elles de la syphilis, mais d'autres tares peuvent les produire. Ma conviction arrêtée est que la dent typique, telle que la décrit Hutchinson, est peu fréquente.

**M. Fournier.** M. Besnier vient de dire ce que j'ai rappelé, que les incisives médianes supérieures dénotent la syphilis. Je m'insurge contre l'opinion que ce sont les seules. Les incisives latérales supérieures, les incisives inférieures montrent, à l'occasion de la syphilis héréditaire, des malformations. La première molaire est, dans ses altérations, presque aussi caractéristique que la dent d'Hutchinson.

**Syphilome tertiaire hérédo-syphilitique chez une enfant.** — **M. Feulard.** Voici une enfant qui présente, sous le lobule du nez, une large croûte. Si on l'enlève, au-dessous existe une ulcération étendue et profonde. Les narines sont entamées.

Cette enfant a des altérations dentaires, une destruction limitée de la luette, du voile du palais, des cicatrices à la fesse et autour de l'anus, des cicatrices radiées.

Je conclus que cette enfant est atteinte de syphilis. Il s'agit très probablement d'un cas de syphilis héréditaire. On pourrait discuter la syphilis acquise dans l'enfance. Je ne crois pas qu'on puisse l'incriminer dans ce cas.

**M. Barbe.** Les incisives supérieures ne sont pas ici des dents syphilitiques.

**M. Feulard.** Je ne dis pas que ces dents soient syphilitiques. On rencontre à chaque instant des dents crénelées, même chez des personnes saines.

**M. Fournier.** Ces dents sont en effet physiologiques.

**M Gaucher.** Il est souvent impossible de savoir s'il y a eu, ou non, la syphilis dans la famille.

**Lichen scrofulosorum.** — **M. Feulard.** Voici un enfant qui est entré aux Enfants-Malades pour une rougeole, et qui, depuis, présente une affection papuleuse généralisée.

Actuellement, on peut diviser les affections papuleuses prurigineuses de l'enfance en trois groupes :

1° Le prurigo de Hébra; 2° le strophulus; 3° le lichen.

Je crois que l'affection de cet enfant rentre dans ce troisième groupe.

**M. Gastou.** J'ai étudié tous les cas de prurigo qui se sont présentés, dans le service de mon maître, M. Fournier, et j'ai vu souvent, comme point de départ des prurigos et de cas analogues à celui de M. Feulard, soit une suppuration, soit une infection, et, en particulier, chez les nouveau-nés allaités par leur mère, les abcès du sein chez celle-ci.

**M. Besnier.** Il faut souvent, dans des cas analogues, se tenir en garde contre la gale. Beaucoup de prurigos sont d'origine interne.

Pour Leloir, Tavenier, Tomasoli et Darier, la caractéristique du prurigo est la papule séreuse. Dans la série officielle, toute maladie qui n'a pas de papule séreuse n'est pas un prurigo. Il est alors impossible pour le praticien de se prononcer.

Je me refuse à croire qu'il y ait une seule maladie caractérisée par le prurigo.

**M. Hallopeau.** Je crois que le prurigo reconnaît des causes diverses, et que Hébra a créé un type factice.

**M. Besnier.** Je me demande, à propos de ce cas, comment appeler une maladie qui dure depuis six mois : ce n'est pas une maladie chronique, ni aiguë. Tomasoli a appelé cela une maladie temporaire. Le mot n'est pas bon.

**M. Barthélemy.** Il faut protester contre la séro-papule. J'ai vu un cas analogue chez un malade atteint de fermentation gastro-intestinale; le prurigo était manifestement dû à cette cause.

**M. Hallopeau.** Il est intéressant de noter, chez l'enfant, le rapport du prurigo avec l'urticaire, Or, l'urticaire des enfants n'est pas la même que celle des adultes.

**Contagion hospitalière de la syphilis.** — **M. Geo Brouardel** présente un malade qui a été soigné da service de M. Fournier, du début du mois de Mars au 10 Mai, pour un eczéma des bras; il était, en n temps, très emphysémateux. Il revient le 4 Juillet, sentant deux chancres indurés sur la face extern bras gauche, et une roséole généralisée. La contagi donc eu lieu pendant son séjour à l'hôpital. Une en minutieuse a été faite sans aboutir à un résultat p Le caoutchouc qu'on lui appliquait sur les bras ne être incriminé, car il ne servait qu'à lui. On ne faire que des hypothèses : la capote qu'on lui a do avait-elle été suffisamment désinfectée, ou doit-on ser qu'il a pris la syphilis de son voisin, alors en tement, ou de son prédécesseur dans le lit qu'il pait, par un frottement sur les barreaux du lit o la table de nuit (la literie avait été changée, bien tendu).

**M. Fournier.** Ce n'est pas la première fois, m deuxième fois, que je vois semblable accident.

J'ai vu dans mon service, deux chancres des c contractés en s'accoudant sur une table de nuit.

Nous vivons dans la saleté. Un des agents de conta est la table de nuit; car les malades y déposent pansement.

Pour les capotes, elles passent d'un malade à l'a souvent sans désinfection préalable.

D'autre part, un malade n'a droit qu'à trois drap L'extérieur ne change pas. Le lit même peut être tagieux.

J'ai même vu, à Lourcine, une canule unique toutes les malades.

Ne serait-il pas absolument nécessaire que chaqu lade ait : cuvette, récipient, abaisse-langue person

Je dépose, sur le bureau de la Société, une propos pour qu'on nomme une commission chargée d'ét les moyens de prévenir la contagion hospitalière et assurer l'antisepsie des services de syphilitiques.

**M. Leredde.** Ne se peut-il pas que les pouss jouent un rôle comme pour les tuberculeux? Les mal à plaques muqueuses crachent et disséminent l'agent de la syphilis.

**M. Fournier.** Cela n'est pas impossible.

**M. Besnier.** Les causes de contagion de la syp sont partout. Le contage de la syphilis ne vit pas temps en dehors. Sans cela, la contagion de la syp serait des plus fréquentes.

**Glossite syphilitique développée malgré traitement par les injections de calomel. M. Georges Brouardel** présente un malade qui a e chancre induré au commencement de Février 1896; été immédiatement traité par huit injections de calo de 0 gr. 05 chaque, à raison d'une par semaine. Un après la dernière injection, se développe une glo dépapillante.

**M. Fournier.** Cette observation prouve que le calo ne jugule rien, et ne fait rien avorter.

**M. Barthélemy.** Quand nous injectons le calome n'est pas pour juguler, mais pour lutter contre l'i tion.

**M. Jullien.** Je pense qu'on peut atténuer la virul de la syphilis, et que le retard de l'apparition de la ros dans ce cas, le prouve.

**M. Fournier.** L'injection de calomel n'a pas, en cas, de vertu abortive, comme on l'a dit.

**M. Besnier.** M. Jullien et ses opposants ont rais car toute action dépend du syphilitique injecté.

**Sur la nature de la dermatite herpétiforme propos d'un cas de cette affection.** — **MM. E. cher** et **H. Claude.** Une femme de quarante ans fut teinte, à la suite de grands chagrins, d'une érup papuleuse, puis bulleuse qui, bientôt, prit tous les c tères pemphigus prurigineux (dermatite de Duhring

La maladie resta plus de deux mois limitée au co en respectant la face, et subit pendant cette pér deux recrudescences. Puis, des bulles se montrèrent la bouche, sur les amygdales et le pharynx, sur la et à l'angle des yeux. Cette poussée prit fin et la ma quitta l'hôpital vers la fin de Mai, très améliorée; elle revue dans le mois de Juin, et il n'existait plus que q ques éléments bulleux, rares et de petite taille. A l de Juin, la dermatose était momentanément guérie.

L'examen bactériologique du sang, l'examen du liq des bulles, les inoculations aux animaux, n'ont do aucun résultat positif. Dans ces conditions, on est a risé à éliminer, comme cause de la maladie, les ag infectieux.

L'analyse des urines, pratiquée à plusieurs repris montré que l'urée et les matières azotées étaient éli nées en quantité normale, mais il existait des tra d'albumine.

L'excrétion urinaire à peu près physiologique, l sence d'hypoazoturie font écarter l'hypothèse d'u intoxication.

On est alors conduit à admettre que l'origine d maladie doit être recherchée dans un trouble dy mique du système nerveux. Les commémoratifs, l névropathique très prononcé de la malade vienn corroborer cette opinion, ainsi que les localisations l'affection qui, d'abord limitée au corps, s'est éten ensuite à la zone d'innervation muqueuse et cuta du trijumeau.

**M. Hallopeau.** La maladie de Duhring est constit

les espèces morbides. Il y a des formes toxiques. gine tropho-névrotique n'explique pas la fièvre. ez un de mes malades, l'antisepsie interne a modifié plètement les éléments éruptifs.

**Gaucher.** Par toxique, M. Hallopeau entend l'in- ation d'origine alimentaire; alors il ne s'agit pas auto-intoxication vraie, car l'origine en est ne.

**Barthélemy.** Le résultat est le même, puisque cela tit à l'altération du sang par la toxine, laquelle ne uit pas la maladie par élimination cutanée directe, seulement par un intermédiaire, qui est le sang. i observé, dans le service de M. Besnier, deux jours t l'éruption, une diminution de l'élimination de e et des autres matières. L'influence nerveuse ici un rôle comme dans les autres cas, mais je ne crois qu'elle soit seule.

**Gaucher.** Il ne s'agit pas d'un seul cas, mais de ieurs cas.

**Leredde.** Combien y avait-il de leucocytes éosino- s dans les cas de M. Gaucher?

**Gaucher.** Il y en avait un très petit nombre.

**Leredde.** Il résulte, en somme, que la notion de e doit entraîner la division en espèces différentes.

**Ulcération tuberculeuse de la lèvre.** — **M. Dan-** montre à nouveau une malade dont la lésion la- avait été considérée au début comme un chancre. git non d'un chancre, mais d'une lésion tubercu- e.

**Cicatrices commissurales dans une syphilis héréditaire.** — **M. Danlos** montre le moulage de ce qui est des plus curieux, par la ceinture à distance forment les cicatrices autour de la bouche.

**Un cas de laryngite tertiaire grave traité par les injections de calomel.** — **M. Mendel.** Il s'agit homme de quarante ans, syphilitique depuis dix qui fut pris, en Avril dernier, d'une laryngite tertiaire t l'évolution peut se diviser en trois phases succes- s : apparition d'un œdème aigu aryténo-épiglottique; chondrite de la lame droite du cartilage thyroïde; chondrite de la lame gauche du même cartilage. olution complète de cette affection dura deux mois: fut marquée par du gonflement de la partie affectée, forte dyspnée et de la dysphagie.

a première phase de l'affection guérit en quelques s, au moyen de scarifications locales.

n remarqua, quelques jours après, sur la partie laté- du cou, à droite ou à gauche, suivant la lame thyroï- ne lésée, la présence d'une tumeur grosse comme abricot, tumeur rénitente, douloureuse, faisant corps c le larynx.

e miroir laryngoscopique montrait seulement un flement œdémateux considérable surmontant la lame respondante du thyroïde et comprimant l'épiglotte. 'affection se termina simplement par la résorption de te vaste infiltration gommeuse : on ne constate au- rd'hui qu'un peu d'épaississement du squelette laryn- n : le malade n'accuse plus aucune gêne.

e traitement employé ici, comme dans deux autres de laryngite tertiaire, déjà présentés par l'auteur, sista en injections de calomel de 5 centigrammes; malade en reçut sept dans l'espace de deux mois. odure de potassium, qu'on administra au malade à la se de 6 grammes par jour pendant deux jours, aug- nta en quelques heures l'infiltration locale et mit le lade en danger d'asphyxie.

'où cette conclusion, que l'iodure de potassium est, ns la laryngite tertiaire, au début, un médicament ngereux, qu'on ne doit employer que rarement et ec circonspection.

**Syphilis médullaire.** — **M. Fournier.** Voici un cas syphilis médullaire intéressant par les caractères ivants :

1° Il succède immédiatement à la roséole;

2° Il s'agit d'une hémiplégie spinale;

3° Il existe une atrophie musculaire considérable de la isse droite.

**M. Abadie.** A côté de cette forme aiguë guérissable, y a les formes chroniques, le plus souvent incurables. M. Gilles de la Tourette a essayé les traitements clas- ques, qui n'ont rien donné. Il a tenté les injections de lomel, sans résultats. Les sels solubles : peptonates ydrargyriques, sublimé, ont amené la guérison.

Sur un autre malade, rebelle à tout traitement, j'ai fait 20 injections intra-veineuse. Actuellement, il est guéri.

**Chancres indurés multiples.** — **M. Canuet** présente ne jeune femme qui porte un chancre à chaque sein t un chancre de la lèvre.

**M. Gaucher.** J'ai observé un malade qui avait cinq ou x ulcérations de la bouche et cinq ou six ulcérations u pubis et de la verge, constituant toutes des chancres ndurés.

**Myélite syphylitique.** — **M. Du Castel** montre un alade atteint de myélie avec atrophie, que les injections e sels solubles ont amélioré.

**Pityriasis rubra pilaire.** — **M. Du Castel.** Il s'agit 'un cas type de pityriasis rubra pilaire. Nous en voyons arement à Paris.

**Lèpre autochtone chez un Breton.** — **MM. Long t Valency** présentent un cas de lepromes facial et cutané ultiples chez un Breton, sans qu'on puisse trouver de ause de contagion.

**Mycosis fongoïde avec localisation initiale, éruption polymorphe et végétations axillaires et inguinales.** — **MM. H Hallopeau et G. Bureau.** La maladie a été pendant trois ans limitée à la partie supéro-interne de la cuisse droite : ce fait donne l'idée, comme dans plusieurs cas publiés par l'un des auteurs, d'une porte d'entrée analogue à celle de la syphilis et de la lèpre; comme il est de règle, il n'a pas de prurigo, malgré un prurit intense et des grattages frénétiques. L'éruption est remarquablement polymorphe; elle devient végétante dans les régions inguinales et axillaires; ces régions sont un lieu d'élection pour la plupart des dermatoses végétantes; c'est là qu'on les voit surtout se produire dans la dermatite herpétiforme et la maladie de Darier : sans doute, le corps papillaire présente, dans ces parties, une prédisposition à réagir sous cette forme.

**Sur un cas typique de lichen scrofulosorum; sa nature et ses relations avec l'eczéma séborrhéique.** — **MM. Hallopeau et G. Bureau.** L'examen histologique y dénote la présence de cellules géantes; une inoculation permettra de décider si cette dermatose est liée à une prolifération de bacilles dans les glandes sébacées de l'enfant, ou à un mode de réaction tout particulier des organes sous l'influence de toxines de même origine. Cette dernière interprétation paraît la plus vraisemblable, en raison de la facilité avec laquelle guérit cette éruption sans laisser trace de destruction du tissu. Des résultats négatifs qu'a donnés à beaucoup d'auteurs la recherche du bacille trouvé une fois par Jacobi, et de ce fait que Schweninger et Buzzi ont vu la tuberculine donner lieu à une éruption semblable : ce dernier fait a une signification décisive : il prouve que les toxines tuberculeuses suffisent à produire cette dermatose; ils viennent s'ajouter aux observations de l'un des auteurs pour permettre d'affirmer qu'elle est de nature tuberculeuse; les saillies des comédons rappellent celles de l'acné cornée, une grande plaque interscapulaire offre une remarquable ressemblance avec celles de l'eczéma séborrhéique; ce fait établit que des maladies de nature très différentes peuvent prendre l'aspect typique des manifestations interscapulaires de l'eczéma séborrhéique; on est conduit ainsi à démembrer la dermatose d'Unna, et à y distinguer les manifestations glandulaires du psorisasis, de l'eczéma, du pityriasis rubra pilaire, et du lichen scrofulosorum.

P. Gastou.

## SOCIÉTÉ MÉDICO-CHIRURGICALE

11 Juillet 1896.

**Note sur un cas de fièvre bilieuse hémoglobinurique chez un soldat revenant de Madagascar.** — **M. E. Bloch.** L'observation que je viens vous soumettre m'a paru particulièrement intéressante, tant au point de vue de la rareté de faits analogues, que de la marche et de la gravité spéciales des manifestations morbides qu'il m'a été donné d'observer.

Il s'agit d'un cas de fièvre bilieuse hémoglobinurique ou d'hémoglobinurie palustre à forme grave, à issue fatale chez un jeune soldat de vingt-quatre ans, qui avait fait la campagne de Madagascar, et dont l'accès hémoglobinurique s'est produit brusquement, presque en pleine santé, cinq mois après son retour en France.

Le jeune B..., que je connaissais depuis nombre d'années, avait toujours joui d'une bonne santé; il n'avait aucun antécédent morbide héréditaire ou acquis. Grand, fort, il avait été désigné pour faire partie du corps expéditionnaire de Madagascar, et était parti dans d'excellentes conditions de résistance. Il avait toujours été très sobre. D'autre part, attaché au service télégraphique, il n'a pas eu à subir, comme ses camarades de l'arme du génie, les effets meurtriers d'un travail de terrassement dans des terrains marécageux.

Pendant son séjour dans l'île, il a eu, et cela dès le début de la campagne, plusieurs accès de fièvre intermittente à forme normale, sans caractère bien régulier. Le sulfate de quinine en eut facilement raison, et, malgré certains signes de cachexie palustre, signes communs à presque tous les Européens ayant séjourné dans l'île : amaigrissement, affaiblissement général, hypertrophie de la rate et du foie, teint subictérique, il n'en a pas moins continué son service (avec quelques interruptions) jusqu'en Octobre, époque à laquelle il fut rapatrié.

La traversée fut marquée par un retour de crises intermittentes; aussi dut-il faire un séjour, très court, d'ailleurs, à l'hôpital militaire de Toulouse, d'où on le renvoya dans sa famille, vers le commencement du mois de Novembre.

J'ai vu le jeune B... le lendemain de son retour. Il présentait les symptômes classiques de l'anémie paludéenne. Son foie débordait les fausses côtes de deux ou trois travers de doigt; la rate était augmentée, sans avoir cependant le volume excessif qu'elle acquiert dans le plus grand nombre de cas semblables. L'appétit était relativement conservé, les digestions assez bonnes, et je pus immédiatement instituer un régime reconstituant et un traitement tonique, consistant surtout en quinquina, kola, arsenic, tout en insistant sur l'administration de sels de quinine, suivant la méthode de Laveran. Je crois savoir que le malade, se trouvant très amélioré dès les premiers temps de son séjour dans sa famille, n'a pas continué à prendre régulièrement son traitement. Malgré cette absence de précautions, il resta indemne de tout accident, et, depuis son retour jusqu'au 18 Mars, époque où il fut atteint des troubles graves qui font le sujet de cette observation, il n'a pas eu un seul accès fébrile; les phénomènes d'impaludisme avaient presque disparu; il avait très notablement augmenté de poids; l'appétit était très bon, les digestions parfaites; si bien qu'il crut pouvoir reprendre, dès le commencement du mois de Mars, son ancien métier de tourneur en optique.

Le 14 Mars, à la suite d'un excès de fatigue, il eut un léger accès fébrile qui disparut rapidement et ne l'empêcha pas de reprendre son travail le lendemain ou le surlendemain. Il était donc en bonne santé, lorsque le 17 au soir, en allant faire une course, il fut surpris par un orage, fut absolument trempé, et quoi qu'il ait pu se changer rapidement, il fut saisi d'un froid intense et se trouva immédiatement mal à l'aise. La nuit fut mauvaise, agitée, et le lendemain, malgré un sentiment de fatigue et de malaise général, il voulut aller à son travail, lorsqu'il fut pris, dans la matinée, d'un frisson très intense, suivi rapidement de chaleur et de sueurs profuses. Il n'eut que le temps de se faire reconduire chez lui et absorba, de son propre chef, 2 grammes de sulfate de quinine.

Je fus appelé à le voir dans la soirée, vers 8 heures. A ce moment, les frissons persistaient encore : la température axillaire était de 41 degrés; le malade, couvert de sueurs, accusait des bourdonnements d'oreille, des vertiges qu'on pouvait mettre sur le compte du sulfate de quinine pris à dose massive; il avait un léger délire, accusait des nausées; enfin, symptôme capital, les urines émises depuis l'après-midi avaient absolument l'aspect *café noir*; elles étaient rares : 2 à 300 grammes au maximum.

Pendant la nuit, les accidents de la journée ne firent que s'accentuer. Aux nausées vinrent se joindre des vomissements bilieux, et le matin, à ma visite, je constatai une température de 40 degrés, un teint franchement ictérique, des douleurs lombaires, une tuméfaction notable du foie et de la rate; quant aux urines, elles étaient manifestement identiques à celles de la veille.

En présence de ces phénomènes graves, je fis immédiatement une injection de 50 centigrammes de chlorhydrate de quinine, injection que je renouvelai trois fois dans la journée. J'ajoutai à cette médication un régime lacté absolu, quelques grogs, et, me basant sur la courte durée habituelle des crises hémoglobinuriques à forme légère, je comptais sur une disparition rapide des accidents. J'espérais que cet accès hématurique était l'équivalent d'un accès intermittent ordinaire, et que sa durée ne dépasserait pas vingt-quatre à trente-six heures. Toutefois, le soir et le lendemain, la température se maintint encore à 39 degrés; les urines conservèrent leur caractère du premier jour, les troubles digestifs persistèrent et furent très inquiétants; le malade abattu, prostré, avait une langue sèche, du météorisme abdominal, une diarrhée fétide.

C'est à ce moment, en présence de cet état grave, que je priai M. Hanot de voir le malade avec moi et de me donner son avis sur la nature et le pronostic de son affection.

M. Hanot confirma complètement mon diagnostic de fièvre hémoglobinurique bilieuse. D'ailleurs, l'examen des urines, fait simultanément à l'hôpital et en ville, démontra qu'il n'y avait pas trace de globules sanguins; on y trouvait un sédiment brun rougeâtre formé d'une matière granuleuse, sans caractère déterminé au microscope. C'étaient bien là les caractères des urines hémoglobinuriques et, malgré l'absence d'examen spectroscopique, aucun doute ne pouvait subsister à ce sujet.

En présence de la gravité des symptômes généraux : persistance de l'ictère, de l'hypertrophie de la rate et du foie, des vomissements abondants, de la diarrhée, nous fîmes des réserves, quant au pronostic. Toutefois, malgré ces signes inquiétants, l'état du malade ne paraissait pas désespéré à ce moment; la fièvre diminuait ou avait presque disparu. Le malade répondait nettement aux questions posées, le pouls était ferme, aucun trouble du cœur ni du poumon. On pouvait encore, à bon droit, espérer une amélioration, et on convint de continuer le traitement commencé, c'est-à-dire les injections de chlorhydrate de quinine et le régime lacté.

Du reste, ces injections furent faites très régulièrement depuis le début des accidents. Malgré les inconvénients de ce mode d'administration du médicament, une dizaine d'injections furent pratiquées en moins de quatre jours.

Le lendemain, un mieux sensible parut se produire; les urines reprenaient leur caractère normal (disparition complète d'hémoglobine et d'albumine). L'ictère était en voie de régression : la température était normale. On pouvait donc croire à une disparition de la crise; mais la prostration persistait. Malgré la désobstruction du filtre rénal, les vomissements, qu'on pouvait attribuer au début à un état urémique par insuffisance urinaire, persistaient et prenaient un caractère de fréquence inquiétant; la diarrhée, se produisant par cinq ou six garde-robes par jour, résistait à toute médication; les matières rendues continuaient à être horriblement fétides, à ressembler à de la lavure de chair; le pouls était petit, filiforme, les yeux s'excavaient, les extrémités devenaient froides; à ce moment, c'est-à-dire dix jours environ depuis le début des accidents, le malade avait absolument l'aspect d'un cholérique à la période de l'algide. La fin semblait imminente, et, malgré tous

es moyens employés pour remonter le malade : injections de caféine, de sérum artificiel, malgré les inhalations d'oxygène et tous les efforts pour enrayer la diarrhée et les vomissements (astringents, ac. lactique, glace, etc.), il succomba vers la fin du mois de Mars, après douze jours environ de maladie.

J'ai tenu à relater, avec tous les détails possibles, l'histoire de ce malade, dont l'affection est extrêmement rare et dont les observations, en France, sont exceptionnelles, si on s'en rapporte aux auteurs. MM. Kelsch et Kiener en citent, un seul cas chez un paludéen, retour du Sénégal; M. Rouvier, de Montpellier, un autre du Gabon. J'ignore si des faits semblables ont été observés chez des malades revenus récemment de Madagascar. Malgré quelques recherches que j'ai faites sur ce sujet, je n'ai trouvé aucune observation analogue à la mienne. Ce qui me paraît encore en augmenter l'intérêt, c'est la production d'un accès si grave d'hémoglobinurie, après un laps de temps de plusieurs mois, chez un sujet qui n'a subi que les atteintes relativement ordinaires de l'impaludisme et qui, tout au moins, était resté indemne de toute manifestation palustre nouvelle depuis son retour.

Le malade de MM. Kelsch et Kiener, qui avait succombé à des accès hémoglobinuriques avec néphrite, était bien rapatrié depuis trois mois et demi, mais c'était un cachectique qui avait séjourné très longtemps en Algérie. Chez notre malade, l'affection prend immédiatement un caractère exceptionnellement grave, sans que l'état général du jeune B... ni ses antécédents puissent nous en donner l'explication.

Une question extrêmement importante à se poser serait celle de savoir comment les hématozoaires de Laveran ont pu brusquement, sous l'influence d'une cause banale, déterminer des accidents si soudains et si différents des premières manifestations du poison paludéen. Cette question n'a reçu, jusqu'à ce jour, aucune solution. Il semblerait *à priori*, en examinant ce qui se passe dans les autres affections infectieuses, qu'un état paludique antérieur doive constituer, jusqu'à un certain point, un état d'immunité contre des atteintes nouvelles, surtout lorsque le sujet est enlevé au milieu miasmatique primitif, et, de fait, on n'a rien trouvé de mieux jusqu'à présent, pour combattre les effets funestes de la malaria, que de faire changer de climat, de rapatrier les individus qui en sont infectés. Aussi est-il extraordinaire d'observer des faits analogues à celui que je vous rapporte, et ne saurais-je trouver aucune explication plausible des accidents mortels que j'ai constatés.

Enfin, une fois l'accès hémoglobinurique dissipé, comment expliquer les phénomènes cholériformes qui ont marqué la terminaison de la maladie ? S'agissait-il encore de paludisme sous une autre forme, ou bien était-on en présence de phénomènes d'intoxication secondaire ? On ne pouvait guère les attribuer à l'urémie; les urines, sans être abondantes, paraissaient être émises en quantité suffisante, et l'albuminurie y faisait défaut. S'agissait-il d'une action directe du poison paludéen sur les voies digestives, produisant ainsi des accidents cholériformes ultimes ? Toutes ces questions ne peuvent trouver une interprétation suffisante dans la seule observation clinique. Des recherches bactériologiques seules auraient pu nous éclairer à ce sujet.

Je ne veux pas entrer davantage dans le domaine de la théorie, ni vous rapporter toutes les hypothèses faites sur la question de l'hémoglobinurie; qu'il me suffise de signaler l'opinion de MM. Kelsch et Kiener, qui font de ce syndrôme un signe de rapide et abondante dissolution de globules rouges correspondant au sixième environ de la masse totale du sang. C'est à cette déperdition globulaire énorme, accompagnée d'une obstruction rénale complète, qu'il faut rattacher le plus souvent les accidents urémiques ainsi que l'ictère. Cette théorie s'appuie d'ailleurs sur les résultats expérimentaux de Ponfick et Staldemann, qui sont arrivés à produire des hémoglobinuries en injectant à des cobayes diverses substances toxiques. Ces substances agissent simultanément sur le foie et le rein, déterminent l'ensemble des manifestations morbides qui constituent l'affection que nous avons observée. Il s'agit là d'une modification profonde et rapide de la crase sanguine provoquée par le poison paludéen.

Cette modification, dans les cas graves comme le nôtre, est tellement rapide, que la thérapeutique reste généralement impuissante à conjurer une issue fatale. Ni l'action spécifique des sels de quinine, ni les stimulants de toute nature que nous avons employés, ni même les injections de sérum, n'ont pu triompher de l'intensité du processus morbide. En ce qui concerne cette dernière médication, je dois ajouter que, n'étant pas encore au courant des très récentes communications de M. Lejars, sur son mode d'emploi et sur son efficacité dans la thérapeutique chirurgicale et médicale, je n'ai peut-être pas agi d'une façon suffisamment énergique. Je me suis contenté d'injections de 100 à 200 grammes environ du sérum de Huchard. Mieux renseigné aujourd'hui sur les résultats de cette méthode, je pense qu'il ne faudrait pas hésiter, dans un cas semblable, de faire des injections salines à haute dose (2 à 3 litres en une séance), à action massive et rapide, et à donner la préférence à la voie intra-veineuse.

## SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'ÉLECTROTHÉRAPIE

16 Juillet 1896.

**Influence de la franklinisation sur la menstruation.** — **M. Doumer** (de Lille). Les résultats obtenus au triple point de vue de la régularité, de l'abondance du flux cataménial et des douleurs, ont été observés sur 400 femmes, prises toutes à l'âge d'activité utérine; sur ces 400 sujets, 274, soit 68 pour 100, ont eu une avance des périodes menstruelles de deux à dix jours.

Dans les 126 cas où il n'y a pas eu avance des règles, 2 fois, il y a eu, au contraire, du retard, et 124 fois aucune modification. Au point de vue de l'augmentation du flux sanguin, on constate 308 fois cette augmentation, soit 77 pour 100, qui a été surtout très sensible pendant les deux ou trois premiers mois, et s'est le plus souvent accompagnée d'avance des règles; dans un certain nombre de cas, elle est devenue permanente, notamment chez les femmes qui présentaient de la dysménorrhée ou de l'aménorrhée, et dans ces deux derniers cas, le flux sanguin est devenu à peu près normal. Enfin, sur ces 400 femmes, 178 se plaignaient de douleurs plus ou moins vives au moment des règles, soit la veille, soit le jour de leur apparition, soit pendant toute leur durée; 130 se sentirent soulagées dès les premiers mois, et 126 fois ce résultat fut définitif.

**Ozone et coqueluche.** — **MM. Labbé** et **Oudin.** Dans une précédente communication (Juin 1895), nous avions démontré l'heureuse et rapide amélioration obtenue par les inhalations d'ozone sur 23 malades; nous venons, aujourd'hui, apporter de nouveaux résultats tout aussi remarquables et confirmatifs que les premiers.

Nous nous contenterons ici de signaler les observations de deux enfants, qui nous ont été adressés par notre collègue et ami M. Burlureaux; chez ces deux malades, malgré la gravité de l'affection provoquée par le mauvais état général de l'un et par le nombre des quintes chez l'autre, l'amélioration fut si rapide que, dès la troisième inhalation, faite avec un appareil produisant une quantité plus considérable d'ozone que dans nos précédentes observations, on pouvait considérer les malades comme à peu près guéris; les séances d'inhalation duraient vingt minutes, une seule fois par jour. L'appareil ozoneur était constitué par deux glaces parallèles argentées, séparées par un tube de verre aplati, à faces parallèles aux glaces; le tube dans lequel on a fait le vide est relié à un pôle d'une bobine donnant 7 centimètres d'étincelles; l'autre pôle va aux glaces argentées. Le rendement de cet ozoneur est de 5 à 6 dizièmes de milligramme d'ozone, dose que les enfants ont parfaitement supportée.

**Action thérapeutique des courants à haute fréquence.** — **M. d'Arsonval.** Trois malades, qui étaient porteurs depuis trois semaines environ, de chancres mous, ont été rapidement guéris par l'action des courants à haute fréquence; les séances ont duré de deux à trois minutes. Ces malades ont été inoculés avant avec résultat positif et inoculés ensuite après la dernière séance avec résultat négatif.

**M. d'Arsonval** présente une note de M. Soulages, appelant l'attention sur l'heureux résultat de l'application des courants à haute fréquence dans une crise aiguë de rhumatisme.

M. Labbé.

## FORMULAIRE PRATIQUE

### État fébrile.

| | | |
|---|---|---|
| Antipyrine | 2 | grammes. |
| Phénacétine | 1 | — |
| Antifébrine | 50 | centigrammes. |

pour six paquets, à prendre dans la journée.

D'après le professeur Bozzile, le mélange serait plus efficace, en tant qu'antipyrétique, que chacune des substances composantes, prise isolément.

### Cachets laxatifs.

A prendre, au repas du soir, 1 cachet du mélange suivant :

| | | |
|---|---|---|
| Poudre de racine de condurango | 5 | centigr. |
| Poudre de Cascara Sagrada | 10 | — |
| Fleur de soufre | 15 | — |

Pour un cachet.

### Contre le prurit vulvaire.

| | | |
|---|---|---|
| Sulfate de morphine | 35 | centigr. |
| Acide borique | 6 | grammes. |
| Eau camphrée | 180 | — |

Faire des lotions avec ce mélange.

### Antisepsie buccale.

| | | |
|---|---|---|
| Acide thymique | 0,25 | centigr. |
| Acide benzoïque | 3 | grammes. |
| T. d'eucalyptus | 15 | — |
| Essence de menthe | 4 | — |
| Alcool | 100 | — |
| Chloroforme | 1 | — |

XX gouttes dans un verre d'eau pour se rincer la bouche et les gencives.

## BIBLIOGRAPHIE

**Prof. Raymond.** — *Clinique des maladies du syst nerveux* (Hospice de la Salpêtrière, année 1894-18 1 vol. in-8.

M. Raymond vient de faire paraître une première s de leçons faites à la Salpêtrière pendant les années 1 et 1895.

Il est impossible, dans une analyse forcément trop treinte, de rendre un compte exact de cette œuvre co dérable; qu'il suffise d'indiquer le plan général de l vrage et d'emprunter à la préface même quelques phra expliquant comment s'est effectuée la publication de leçons.

« Au début de mon enseignement, deux préoccupati se sont emparées de mon esprit. La première était de pénétrer plus intimement de la vie et de l'œuvre de Ch cot, dont l'exemple devait m'inspirer et m'inspirera t jours. En même temps, la nécessité m'est apparue refaire, dans ses principales étapes, le chemin parco dans l'étude du système nerveux. Cette nécessité m'é imposée par l'essor sans cesse grandissant, qui a fait cette étude une des plus vastes et des plus attrayan branches de la science, mais qu'il est à peu près imp sible à l'esprit d'un seul homme d'embrasser mainten dans ses dépendances multiples.

« De cette double préoccupation et des recherc qu'elles m'ont inspirées sont issus les premiers chapit de cet ouvrage, ceux qui ont trait à l'*œuvre d'un hom* et à l'*œuvre d'une époque*. Dans mon esprit, ils ne devai pas seulement être un hommage rendu aux hommes ont concouru dans la plus large mesure à l'édification la pathologie nerveuse, et parmi eux, Charcot occ indiscutablement une place prépondérante; ils devai être encore une sorte d'introduction à l'étude de ce branche de la pathologie. »

En exposant ainsi l'*œuvre médicale* de Charcot, M. R mond récapitule les principales étapes franchies par connaissances en anatomie, en physiologie et en pat logie du système nerveux, et donne une idée d'ensemb à la fois aussi réduite et aussi exacte que possible, l'état actuel de la neuropathologie.

Trois grands domaines de la neuropathologie ont p ticulièrement été explorés par Charcot : les *localisati cérébrales* et *spinales*, l'*hystérie*, l'*hypnotisme*.

Trouver le siège exact de la lésion qui correspon un trouble fonctionnel, à un symptôme nettement s cifié sur le terrain de la clinique, telle fut d'abord préoccupation dominante de Charcot; c'est de ce préoccupation que naquit la méthode anatomo-cliniq

Or, il vint un moment où la méthode anatomo-cliniq appliquée à l'étude des affections nerveuses parut impu sante, ce fut dans l'étude des affections nerveuses s *materia*. Charcot démontra que, dans ces cas, presq toujours, l'hystérie était en cause.

L'œuvre d'un homme, l'œuvre médicale de Charc étant ainsi passée en revue, M. Raymond consacre leçons suivantes à donner une idée sommaire de l'*œuv d'une époque*, à esquisser l'évolution de la patholog nerveuse dans le courant de ce siècle. Le lecteur conn ainsi les principales étapes qui ont été franchies po amener la pathologie et aussi l'anatomie et la physiolog du système nerveux au point où elles en sont à l'heu actuelle.

Ce chapitre d'histoire médicale constitue donc une i troduction naturelle et met le lecteur en mesure connaître, dans ses grandes lignes, le terrain que M. Ra mond explore en détail dans la suite de ses leçons.

Les hasards de la clinique permirent au Professe d'étudier les points principaux de la neurologie :

1° *Névrites périphériques de cause traumatique.* — Paralysie bilatérale du deltoïde; compression hémorrh gique du plexus brachial.

2° *Pathologie radiculaire.* — Paralysies radiculaires plexus brachial.

3° *Pathologie médullaire.* — Lésions de la queue cheval; syringomyélie; sclérose latérale amyotrophiqu

4° *Pathologie bulbaire.* — Paralysie labio-gloss laryngée.

5° *Pathologie cérébrale.* — Paralysie pseudo-bulbai d'origine cérébrale; épilepsie Bravais-Jacksonienne.

Une série de leçons sur l'étiologie générale des mal dies du système nerveux sert de conclusion. M. Raymo insiste surtout sur le rôle prépondérant de l'hérédité da cette étiologie. Cette hérédité nerveuse retentit sur descendance de trois façons différentes. Exceptionnell ment, une affection nerveuse déterminée se transmet dire tement des ascendants aux descendants (chorée d'Hu tington); beaucoup plus souvent, il arrive que différen membres et différentes générations d'une même famil présentent des affections nerveuses. Enfin, l'observati clinique démontre qu'une même affection nerveuse pe sans être forcément héréditaire, sans se retrouver ch les ascendants, frapper plusieurs enfants d'une mêm famille; d'où les maladies familiales dont l'importan nosologique est considérable et qui relèvent, elles aus de la prédisposition nerveuse.

L'état de dégénérescence transmis par l'hérédité do donc être considéré comme une sorte de point de dépar Important au point de vue des psychoses, cet état n l'est pas moins pour les névropathies : il constitue terrain tout préparé où éclosent, avec la plus gran facilité, les affections nerveuses, aussi bien les affectio organiques que les affections névrosiques propreme dites.

Parmi les affections dans lesquelles l'hérédité nerveu est la cause la plus manifeste, on peut citer les myoc nies. Sous le nom de myoclonie, M. Raymond étudie l états pathologiques dont les diverses modalités so représentées par le tremblement fibrillaire, le paramy clonus multiplex, la chorée électrique de Henoch-Berg ron et la maladie des tics. Tous ces états myocloniqu ont, comme caractère commun, d'être des expressions ou des produits de l'état de dégénérescence.

Un autre exemple de l'état de dégénérescence est four par cet ensemble de phénomènes que l'on désigne neuropathologie, sous le nom de fugue, d'automatism

atoire. La *fugue, acte impulsif, compliqué et bien* *nné, suivi d'amnésie*, s'observe chez les épileptiques, stériques ; mais on peut également en rencontrer es individus dégénérés, *psychasthéniques*, parfaite- suggestibles, dont la faible volonté est incapable ster à une impulsion quelconque. Il est relative- acile de fixer des caractères distinctifs à ces trois de fugues. Les impulsions psychasthéniques ne sont vies d'amnésie : les fugues épileptiques sont courtes, raisonnement, sans combinaison intelligente des en rapport avec les circonstances ; les fugues com- durant des journées entières, dans laquelle le parle et agit en apparence comme une personne de, appartiennent bien plus à l'hystérie qu'à l'épi-

es sont les principales questions étudiées par ymond ; elles comptent parmi les plus intéressantes plus délicates de la neuropathologie, et les hasards clinique ont véritablement bien servi la science en nt M. Raymond en mesure de chercher les solu- de ces problèmes avec tout son savoir et toute son té. E. DE MASSARY.

**Bazy** Chirurgien des hôpitaux, membre de la So- de chirurgie. — *Maladies des voies urinaires.* ologie. Petit in-8. (*Encyclopédie scientifique des Mémoire.*)

volume fait suite à celui qui a déjà paru : *Explo- et traitement d'urgence.* Quoique ayant surtout but de s'occuper de la séméiologie des maladies res, on y trouve de fréquentes applications au trai- t de ces maladies.

forme adoptée le rend essentiellement pratique, ue l'auteur parle d'un symptôme, et surtout d'un tôme important pour arriver au diagnostic de la lé- et de la maladie. A ce point de vue, le livre sera utile qu'un traité didactique des maladies des voies res, qui ne peut guère servir au praticien aux prises les difficultés de la clinique.

livre est divisé en deux parties principales. Dans emière partie, on étudie les symptômes considérés hors de la miction ; dans la deuxième, les symptô- liés à la miction.

mptômes extra-mictionnels : écoulements, dont la iologie a reçu de longs développements ; symptô- douloureux : parmi eux, la colique néphrétique la valeur séméiologique est longuement étudiée. A opos, l'auteur étudie les différents modes de palpa- du rein et leur valeur ; les accidents d'intoxication insuffisance urinaire et les accidents infectieux dont sume les idées qu'il a eu l'occasion d'exposer autre- à la Société de chirurgie et dans les *Archives de ecine.*

s symptômes mictionnels comprennent les différen- nodalités de la miction : fréquence, douleur, diffi- , absence (rétention absolue, évacuation incomplète tagnation).

s symptômes comprennent en outre les modifica- s de l'urine : 1° dans la quantité, polyurie ou oligu- et anurie, anurie vraie par défaut de sécrétion et rie par rétention urétéro-rénale ; 2° dans l'aspect, es troubles par présence de sel ; urines jumenteuses le pus, pyurie ; 3° par la présence de sang, héma- e. L'hématurie est longuement étudiée dans ses ca- ères ; hématurie initiale, terminale, totale ; et sa ur séméiologique si grande est déduite de ces carac- s. A côté de ces symptômes sont groupés ceux dont portance est moindre, mais qui peuvent apporter appoint au diagnostic.

**Brocq**, médecin des hôpitaux de Paris et **L. Jac-** t, médecin assistant à l'hôpital Saint-Louis. — *Précis entaire de Dermatologie. Maladies en particulier.* et dernier volume : *Dermatoses d'origine nerveuse. rmulaire.* Petit in-8 (*Encyclopédie scientifique des le-Mémoire*).

e volume renferme toutes les maladies qui semblent putables, directement ou indirectement, à une lésion perturbation du système nerveux.

insi, les *Lichens*, le *Prurigo*, le *Prurit*, l'*Urticaire*, *Scléroses de la peau*, les *Trophodermatoses*, etc., y t été étudiées dans le même esprit que les affections t traitaient les précédents volumes.

n formulaire succinct résume les diverses préparations elles auxquelles le Praticien doit avoir recours.

**M. Marcel Sée**, ancien interne des hôpitaux de Paris. *Le Gonocoque* (1 vol. grand in-8° de 360 pages, avec e planche hors texte).

Le gonocoque a été dans ces dernières années l'objet n grand nombre de recherches. Éparses dans des pu- ications diverses, la plupart en langues étrangères, uteur a entrepris de les réunir après en avoir contrôlé e partie. Ses expériences personnelles ont porté prin- palement sur les méthodes de culture et l'ont conduit la découverte d'un certain nombre de faits nouveaux. Ce travail est divisé en deux parties. Dans la pre- ière, *étude expérimentale*, M. Sée traite de la morpho- gie et de la biologie du gonocoque, résultant des exa- ens microscopiques, des cultures et des inoculations ; ns la seconde, *étude clinique*, il passe en revue les fférentes affections auxquelles on a pu assigner pour use ce microbe : urétrite blennorrhagique et ses com- ications, blennorrhagie des organes génito-urinaires e la femme, blennorrhagie inoculée hors des organes énitaux, métastases gonorrhéiques, infection blennor- agique généralisée, biologie du gonocoque dans l'or- anisme et son diagnostic.

**Puech** et **Fromaget**, anciens chefs de clinique à la aculté de Médecine de Bordeaux. — *Éléments d'ophtal- iologie journalière*, 1 vol. in-12, de 246 pages.

Les traités d'ophtalmologie sont nombreux. Beaucoup ont excellents et la publication de ces éléments ne sau- ait leur être substituée.

Les auteurs s'adressent au public médical le plus nom- reux, à celui composé de praticiens qui cherchent, non les cas exceptionnels, mais ceux qui se voient chaque jour.

Ils se sont attachés à décrire les affections oculaires les plus communes dans leurs traits les plus frappants, à mettre en lumière les symptômes les plus facilement reconnaissables.

Ils ont de plus donné à la partie thérapeutique un développement très considérable, en s'attachant à décrire aussi minutieusement que possible les indications des traitements qu'ils conseillent. Ce côté thérapeutique, négligé dans presque tous les traités d'ophtalmologie, constitue un guide très sûr pour le médecin.

Ces « Éléments d'ophtalmologie », en raison du soin apporté à la description clinique des affections oculaires, seront d'une très grande utilité à tous les étudiants qui désireront s'initier à l'ophtalmologie.

Les auteurs, en débarrassant leurs descriptions de toutes les questions purement scientifiques, ont fait un excellent petit traité qui rendra des services signalés aux médecins et aux étudiants.

**M. Edward Ehlers**, de Copenhague). — *L'ergotisme* (*Ignis sacer, Ignis Sancti Antonii*). Petit in-8 (*Encyclopédie scientifique des Aide-Mémoire*).

Le volume que vient de publier M. Ehlers sur l'ergotisme n'a pas seulement un grand intérêt historique, c'est un ouvrage de haute critique.

Le savant dermatologiste danois a suivi pas à pas, depuis l'antiquité jusqu'à nos jours, les diverses manifestations morbides, sporadiques ou épidermiques que les anciens avaient désignées sous le nom de « feu sacré », de « feu de saint Antoine », et il a démontré qu'aussi bien dans l'ancien temps, qu'au moyen âge, qu'au XVIII[e] siècle et jusqu'au XIX[e] siècle, ces manifestations étaient toutes le résultat d'une intoxication par des farines contenant l'ergot de seigle.

Son étude est des plus intéressantes, d'une lecture agréable, car, à chaque page, on sent l'idée philosophique qui doit toujours dominer l'historien.

Ceux que les études historiques intéressent, liront donc avec le plus grand plaisir le livre de M. Ehlers, les cliniciens y trouveront aussi des enseignements.

L'ergotisme, en effet, sous des formes atténuées, il est vrai, n'a pas encore disparu de la nosologie actuelle ; en outre, M. Ehlers montre que certaines affections, sur la nature desquelles on discute encore, pourraient bien n'être que des manifestations de l'empoisonnement par l'ergot. Telles sont l'acrodynie, la maladie de Raynaud et l'érythromélalgie.

En somme, le livre de M. Ehlers a sa place dans la bibliothèque non seulement de tous les médecins, mais de tous les hommes instruits, soucieux de Science.

**Dufaud.** — *Des angines couenneuses non diphtériques. Considérations sur la pathogénie, le diagnostic et le traitement.*

Comme l'indique le titre, il n'est question dans ce mémoire que des angines couenneuses non diphtériques. Le nombre en est élevé, puisque M. Dieulafoy, dans la séance du 2 Juillet 1895, à l'Académie de médecine, a montré que leur proportion est à peu près de 36,6 pour 100 des angines couenneuses en général.

La différence de pronostic et aussi celle de traitement entre les angines couenneuses de nature dyphtérique et celles qui ne le sont pas, rendent le diagnostic différentiel de ces deux variétés d'angines extrêmement important. Dans les grands centres, pourvus de laboratoires de bactériologie, ce diagnostic peut, le plus souvent, être pratiqué avec efficacité, mais la majorité des praticiens se trouvent privés de cette ressource.

L'auteur, en faisant l'historique des angines couenneuses non diphtériques, met en relief les signes cliniques qui peuvent les faire distinguer des angines diphtériques. Malheureusement, il arrive trop souvent que ces deux variétés se trouvent mélangées par suite de l'intervention des associations microbiennes, et le diagnostic différentiel, même lorsqu'il est fait bactériologiquement, devient incertain. Une angine couenneuse, de quelque nature qu'elle soit, présente un double danger pour le malade : l'obstruction des voies aériennes par les produits membraneux et l'infection générale de l'organisme. Contre le premier de ces dangers, nous possédons la trachéotomie ou le tubage du larynx ; au second, nous pouvons opposer les injections de sérum. On a une tendance manifeste aujourd'hui à abuser de l'emploi du sérum. M. Dufaud s'élève contre cet abus, qui est préjudiciable à la méthode même de la sérothérapie et qui peut le devenir aussi aux malades. Les angines couenneuses communes marchent naturellement vers la guérison. Lorsqu'elles rompent avec cette tendance, c'est qu'une complication est survenue. Il s'agit alors, le plus souvent, de l'intervention de la diphtérie. Se basant sur les observations de M. Martin qui juge le degré d'infection du malade et, par conséquent, celui du danger qu'il court, à l'intensité de la température, l'auteur de ce livre propose de n'avoir recours à la sérothérapie que lorsque la température dépasse un certain chiffre. Hors ces cas, les moyens ordinaires doivent suffire. Cette investigation est à la portée de tous les praticiens et répondra à l'immense majorité des cas.

En un mot, le mémoire de M. Dufaud est fait surtout pour les patriciens qui ne peuvent pas baser la direction de leur thérapeutique sur un examen de laboratoire. Il faut penser que c'est le cas le plus répandu, et les indications contenues dans ce petit livre ne sont pas à négliger en attendant que d'autres plus précises puissent être formulées.

**J. Dallemagne**, Professeur de Médecine légale à l'Université de Bruxelles. — *Les nouvelles théories de la criminalité.* Petit in-8 (*Encyclopédie scientifique des Aide-Mémoire*).

A mesure que les investigations sur les criminels apportaient à l'Anthropologie criminelle des matériaux de plus en plus nombreux, des théories successives se sont produites au sujet de la nature du crime et du criminel. Ces théories, s'inspirant des données anthropologiques, s'éloignant des formules classiques, ont fini par faire un groupe distinct de doctrines, qui, par leurs bases objectives, ainsi que par leurs tendances novatrices, tranchent complètement sur les idées anciennes.

L'auteur a réuni dans ce volume la plupart des systèmes qui se sont affirmés depuis l'apparition de l'*Homme criminel* de Lombroso. Il expose successivement les idées du maître italien sur le type criminel, le criminel-né, le criminel atavique, le criminel épileptique. Il fait également une large part aux contradicteurs de Lombroso, Colajanni, et les maîtres de l'école lyonnaise, Lacassagne, Tarde, Coutagne, Manouvrier, etc. Il résume les idées de Garafolo, Enrico Ferri, ainsi que les tendances moins nettement tranchées qui, sans faire école, ont cependant, par la notoriété de leur auteur, droit de cité dans la science nouvelle.

Ce volume constitue le complément doctrinal des études du même auteur sur les stigmates de la criminalité. Et par la critique succincte qui accompagne l'exposé des plus importantes théories, il achève de donner à l'ensemble de ces stigmates la valeur qu'ils semblent devoir définitivement acquérir.

**E. Marinesco.** — *Atlas d'histologie pathologique du système nerveux*, 5[e] livraison : *Lésions des cordons postérieurs et d'origine exogène.*

L'auteur prend, comme base de la description des lésions dans les maladies de la moelle, le neurone. Il distingue avec Kölliker, dans la moelle, des neurones sensitifs directs, sensitifs indirects, des neurones moteurs directs et moteurs indirects. Quand une série de neurones de même fonction et de même évolution embryologique sont lésés, il s'ensuit une sclérose parenchymateuse. Si ce sont les vaisseaux de la moelle qui sont pris en premier lieu, la sclérose porte le nom de sclérose ou de myélite vasculaire. Si, enfin, c'est la névroglie qui est primitivement altérée, la sclérose porte le nom de gliose ou de sclérose névroglique. Dans certaines circonstances, tous les éléments de la moelle peuvent être pris en même temps, on aura alors une sclérose mixte. L'emploi des méthodes de technique histologique les plus récentes a permis à l'auteur de constater que cette classification des scléroses, fondée sur la structure intime de la moelle, est conforme aux faits.

L'auteur étudie, en première ligne, les scléroses parenchymateuses ou systématisées des cordons postérieurs, dont le type le mieux connu est le tabes vulgaire à début lombaire ou cervico-lombaire. Il définit le tabes, une affection systématisée, portant sur le premier neurone sensitif (protoneurone), en d'autres termes, une lésion des cordons postérieurs d'origine exogène, et dont le point de départ est dans la portion intraspinale du neurone ou la cellule du ganglion spinal. Marinesco passe en revue les théories actuelles sur la genèse des lésions tabétiques, et il montre que chacune d'elles est passible d'objections plus ou moins sérieuses. Il s'inscrit en faux contre la théorie interstitielle avec ses diverses variantes. Il conclut en admettant que le tabes relève toujours d'une intoxication qui, dans la plupart des cas, est la syphilis. Or, comme la plupart des poisons affectent de préférenee le centre trophique du neurone (le corps de la cellule nerveuse) ou ses terminaisons, il est probable que la lésion tabétique débute par les collatérales des racines postérieures ou par les ganglions spinaux. La localisation des lésions tabétiques ne dépend pas seulement de la nature du poison, mais encore du défaut de résistance des fibres atteintes.

Les planches annexées au travail sont au nombre de dix. Les trois premières représentent des cas de tabes à début lombaire. La quatrième planche indique la topographie de la dégénérescence locale et ascendante consécutive à la section de la cinquième racine postérieure lombaire chez le chat. Cette planche confirme l'opinion soutenue par Marie, puis par Marinesco, que toutes les zones des cordons postérieurs contiennent en des proportions variables des fibres endogènes et des fibres exogènes. Elle facilite la compréhension des lésions tabétiques qui ne sont, en somme, qu'une dégénérescence systématisée des racines postérieures. Les planches V et VI représentent un cas de tabès à début cervical. La planche VII montre la disposition des fibres dégénérées, dans un cas de tabes asymétrique. Dans la planche VIII, deux figures qui représentent la dégénérescence de la septième racine cervicale. Dans la planche IX, la première figure est un cas de tabes cervical tout à fait au début ; la deuxième figure représente la dégénérescence ascendante, dans un cas de tabes à début dans la région sacrée. La planche X, qui termine cette livraison, renferme deux belles figures se rapportant à un cas d'atrophie Charcot-Marie. La perfection des photographies et le grand soin avec lequel elles sont imprimées, font, de cet atlas, une œuvre unique dans son genre.

**P. Bazy.** — *Maladies des voies urinaires.* Séméiologie, 1 vol. petit in-8 de l'Encyclopédie scientifique des Aide-Mémoire. Prix : 2 fr. 50. (MASSON et C[ie], éditeurs).

**Cesare Lombroso.** *L'Homme de génie*, 2[e] édition. 1 vol. in-8 raisin, de 582 pages, avec 15 planches hors texte. Prix : 12 fr. (GEORGES CARRÉ, éditeur).

**REVUE GÉNÉRALE DES SCIENCES pures et appliquées**, paraissant le 15 et le 30 de chaque mois, par fascicules in-4, de 48 pages au moins, avec de nombreuses figures. *Directeur :* LOUIS OLIVIER. — Prix de l'abonnement annuel : Paris, 20 fr. ; Départements, 22 fr. ; Union postale, 25 fr. (GEORGES CARRÉ, éditeur, 3, rue Racine, Paris).

**ANNALES DE MICROGRAPHIE** spécialement consacrées à la *bactériologie*, aux *protophytes* et aux *protozoaires*. Rédacteur principal : *Docteur* MIQUEL, directeur du service micrographique à l'observatoire municipal de Montsouris. Cette publication paraît par fascicules mensuels de 48 pages in-8° raisin, avec figures et planches hors texte. — Prix de l'abonnement annuel : Paris, 20 fr. ; Départements et Union postale, 22 fr. (GEORGES CARRÉ, éditeur, 3, rue Racine, Paris).

*L'Éditeur-Gérant :* GEORGES CARRÉ.

Paris. — Imprimerie L. MARETHEUX, 1, rue Cassette.

**ELIXIR ALIMENTAIRE DUCRO**

Les matières premières qui concourent à la préparation de cet Elixir sont : la viande crue, l'eau-de-vie et les écorces d'oranges amères. Aux malades qui ne peuvent vaincre leur répugnance pour les aliments, aux Phtisiques, aux Anémiques, aux Cancéreux, il réussit constamment
4 à 8 cuillerées par jour selon les cas. — *Paris, 20, place des Vosges et Pharmacies.*

**Farine lactée Nest**

*Cet aliment,* dont la base est le bon lait, *est le meilleur pour les en bas âge : il supplée à l'insuffisance du lait maternel, facilite le sevrage.*

*En outre, pour les* adultes convalescents *ou* valétudinaires, *cet constitue une nourriture à la fois légère et substantielle.*

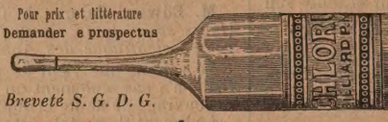
*A. CHRISTEN, 16, Rue du Parc-Royal, Paris,* et DANS TOUTES LES PHARM
*MM. les Docteurs sont priés de vouloir bien SPÉCIFIER le nom* NESTLÉ *sur leurs ord*

**TUBERCULOSES**
**AFFECTIONS BRONCHO-PULMONAIRES, SCROFULES, RACHITISME**
**SOLUTION PAUTAUBERGE**
AU CHLORHYDRO-PHOSPHATE DE CHAUX CRÉOSOTÉ
Par cuillerée à potage, 10 centigrammes de créosote de hêtre et 50 centigr. de sel de chaux.
*LA MIEUX TOLÉRÉE des PRÉPARATIONS CRÉOSOTÉES*
**Anticatarrhale** et **Antiseptique,** elle tarit rapidement les sécrétions anormales des bronches et des poumons et cicatrise les lésions tuberculeuses.
**Eupeptique** et **Reconstituante,** elle relève promptement les fonctions de nutrition et l'état général.
L. PAUTAUBERGE, 22, rue Jules-César, Paris ET PHARMACIES.

**NOURRICES** LES GALACTOGÈNES JOLIVET (SIROP, SEL ou VIN) augmentent la qualité et la quantité du lait des nourrices et constituent le meilleur tonique aussi bien pour la mère que pour l'enfant pendant l'allaitement. JOLIVET, 114 Fᵉ St-Honoré, Paris. Envoi (ᵉˢ d'un Sel contre 3ᶠ. 3 flac. Sirop Iᵉ gare 9ᶠ.

SOCIÉTÉ CHIMIQUE DES USINES DU RHONE, anᶜᵉ GILLIARD, P. MONNET et CARTIER, à LY

Pour prix et littérature
Demander le prospectus




**KELENE**
CHLORURE D'ÉTHYLE PUR
Application du Prof. Dr C. REDARD
*Breveté S. G. D. G.*

**ANESTHÉSIE LOCALE — NÉVRALGIES**

**LANOLINE LIEBREICH**
*Seule Graisse* { *Se combinant avec l'eau ; Ne rancissant jamais ; Absolument aseptique et stérile.*
LANOLINE MARQUE DÉPOSÉE
SE TROUVE CHEZ TOUS LES PHARMACIENS.

**GLYCÉROPHOSPHATES**
**Phosphate vita de JACQUEMAIRE**
*Identique à celui de l'organisme. Entièrement assimilable,* à base de CHAUX, de SOUDE ou de FER
(4° SOLUT. GAZEUSE; 2° GRANULÉ; 3° SOL. INJECTABLE; 4° SIROP;)
Indique dans: *NEURASTHÉNIE, PHOSPHATURIE, ALBUMINURIE. PHTISIE, ANÉMIE, Maladies des ENFANTS, CONVALESCENCES, etc*
**SEUL EXPÉRIMENTÉ DANS LES HOPITAUX DE PARIS**
L. JACQUEMAIRE, Pharmacien de 1ʳᵉ Classe, à VILLEFRANCHE (Rhône) et toutes Pharmacie

LE
**VÉRITABLE THAPSIA**
*doit porter les Signatures*
Ch. Le Perdriel  Reboulleau
Les exiger pour éviter les accidents reprochés aux imitations.

**TOILE VÉSICANTE**
**LE PERDRIEL**
Action Prompte et Certaine
*EXIGER LA COULEUR ROUGE*
La plus ancienne. — La seule admise dans les Hôpitaux civils.

**LE PERDRIEL et Cie, Paris.**

**Airol**
Marque "GRIFFON"
**Antiseptique interne et externe**
a tous les avantages de l'Iodoforme sans en avoir les inconvénients.
**L'AIROL** n'est pas toxique et est inodore.
**L'AIROL** est un cicatrisant des plaies.
**L'AIROL** n'irrite pas les muqueuses.
**L'AIROL** est d'un emploi beaucoup moins dispendieux que l'Iodoforme. — *EN VENTE DANS TOUTES LES PHARMACIES.*

**LUCHON** (PYRÉNÉES)
Lymphatisme, Rhumatisme
Syphilis, Maladies de la Peau
Affections des Voies aériennes.
**HUMAGE**

STATION CLIMATÉRIQUE
**DE VERNET-LES-BAINS**
(PYRÉNÉES-ORIENTALES)
SANATORIUM DU CANIGOU
**Pour les maladies de poitrine**
*Dirigé par le Dr CH. SABOURIN*
ANCIEN INTERNE DES HOPITAUX DE PARIS

**DRAGÉES DE DUROZIEZ**
**AU PROTOXALATE DE FER**
*Chaque Dragée contient 10 centigrammes de Protoxalate de Fer. — Une à deux Dragées au début des deux principaux repas.*
3 fr. LE FLACON
Pharmacie DUROZIEZ
58, Boulevard Saint-Michel, PARIS.


Paris. — Imprimerie de la Cour d'appel, L. MARETHEUX, directeur, 1, rue Cassette.